

Elise Einset, Pinja Krook

Kotikuntoutus – kuntoutusta kotiympäristössä

Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti (AMK)

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

31.10.2013

<p>Tekijät Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Elise Einset, Pinja Krook Kotikuntoutus – Kuntoutusta kotiympäristössä Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä 54 sivua + 5 liitettä Syksy 2013</p>
Tutkinto	Toimintaterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapia
Ohjaajat	lehtori Satu Aittomäki lehtori Jari Pihlava
<p>Väestö ikääntyy Suomessa nopeimmin koko Euroopan alueella. Vuonna 2026 vain noin 58 % väestöstä on työikäisiä, eivätkä suinkaan kaikki heistä tee töitä. Työvoimapula ja kasvava palvelujen tarve sekä samaan aikaan tiukentuva talous haastavat kehittämään uusia toimintatapoja. Myös Herttoniemen toimintaterapiassa, joka on Helsingin sosiaali- ja terveysviraston sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden kuntoutuksen osaamiskeskuksen toimintaterapiapalveluiden yksikkö, on tunnistettu samat muutoshasteet. Kuntoutuksen avulla voitaisiin parantaa ihmisten kotona pärjäämistä ja toisaalta myös pidentää työuria. Yhteiskunnallisen merkityksen lisäksi kuntoutuksella on arvoa myös itse kuntoutujalle.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, mitä kotikuntoutus on ja millainen on toimintaterapeutin rooli kotikuntoutuksessa. Opinnäytetyöllä pyrittiin selvittämään, mistä elementeistä kotikuntoutus muodostuu, ja näin luomaan määritelmä sekä kotikuntoutuksesta että toimintaterapeutin roolista kotikuntoutuksessa. Kotikuntoutus on käännöksemme ulkomaisista termeistä, ja tällä opinnäytetyöllä halutaan avata keskustelua uudesta kuntoutustavasta, joka on yleinen muun muassa Englannissa ja muissa Pohjoismaissa.</p> <p>Työn teoreettisissa lähtökohdissa tarkasteltiin ympäristöä toimintaterapian eri malleissa, tutkimuksessa ja käytännössä. Doris Piercen toiminnan terapeutin voiman mallin avulla tarkasteltiin toimintaterapeutin roolia. Aineistoksi haluttiin sekä teoreettisempaa että läheisesti käytäntöön pohjautuvaa tietoa. Kotikuntoutuksen tutkimusta kartoitettiin integroivalla kirjallisuuskatsauksella, ja kokemustietoa kerättiin strukturoidulla teemahaastattelulla. Haastattelun aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Informanteina oli kaksi pohjoismaista toimintaterapeuttia.</p> <p>Integroivan kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelun tuloksista muodostettiin kotikuntoutuksen määritelmä, kotikuntoutuksen prosessimalli sekä toimintaterapeutin roolin määritelmä. Kotikuntoutusmalli on kotihoidon uusille tai vanhoille asiakkaille suunnattu intensiivinen noin kuusi viikkoa kestävä interventio, joka tapahtuu asiakkaan kotona ja koostuu alkuarviointista, tavoitteiden asettelusta, suunnitelmasta, toteutuksesta ja loppuarvioinnista. Kotikuntoutusta toteuttavat moniammatillinen tiimi ja kotihoitajat. Toimintaterapeutilla on keskeinen rooli sekä moniammatillisen tiimin jäsenenä kotikuntoutusprosessissa että kotikuntoutusmallin kehittäjänä.</p>	
Avainsanat	kotikuntoutus, kotiympäristö, toimintaterapeutin rooli, kotihoito

Authors Title	Elise Einset, Pinja Krook Reablement in Client's Home Environment The Role of Occupational Therapist in Goal Oriented Home Care Rehabilitation
Number of Pages Date	54 pages + 5 appendices Autumn 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructors	Satu Aittomäki, Senior Lecturer Jari Pihlava, Senior Lecturer
<p>Finland has the fastest growing population of elderly people in Europe. At the same time it is estimated that in year 2026 only less than a half of the entire population will be employed workers. These changes in the social structure create a need for new approaches to organize services. Rehabilitation is presented as one solution to support elderly people to sustain independence at home. This development is also recognized by the occupational therapists working for the Rehabilitation Competence Center in the Department of Social Services and Health Care in Helsinki.</p> <p>The purpose of this study was to get an extensive understanding of what reablement is. It is not yet a well-known term in Finland but it is a fast expanding approach within occupational therapy and home care in Great Britain and in Nordic countries. Our aim was to study the elements that reablement consists of and the role of the occupational therapist in it. Our object was to come up with a definition of the term and define occupational therapist's role in reablement.</p> <p>Our theoretical base consists of a review of how environment is presented in different models of occupational therapy, in scientific research and in occupational therapy practice. We also used Doris Pierce's model called "Occupation by Design: Building Therapeutic Power" as our theoretical framework. We wanted to collect both scientific information and empirical knowledge about reablement so we did an integrated review as well as structured theme interviews. We interviewed two occupational therapists from the Nordic countries. The theme interviews were analyzed using content analysis.</p> <p>By combining the results of the integrative review and theme interviews we created a definition of reablement, a process model of reablement service and a definition of the role of occupational therapist in reablement. Reablement is an intensive six-week rehabilitation process for new or existing home care clients. The rehabilitation process takes place in the client's home environment and consists of evaluation, assessment, setting goals, making a plan and intervention. Multidisciplinary team and home carers perform the rehabilitation. Occupational therapist has a central role in reablement both as a member of the multidisciplinary team and as a developer of reablement service.</p>	
Keywords	reablement, home environment, role of occupational therapist, home care

Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	5
1.2	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset	7
2	Teoreettiset lähtökohdat	8
2.1	Ympäristö toimintaterapiassa	8
2.2	Doris Piercen toiminnan terapeuttisen voiman malli	12
2.2.1	Vetoavuus eli toiminnan subjektiiviset ulottuvuudet	14
2.2.2	Ainutlaatuisuus eli toiminnan kontekstuaaliset ulottuvuudet	15
2.2.3	Täsmällisyys eli toiminnan suunnitteluprosessin elementit	16
3	Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät	19
3.1	Integroiva kirjallisuuskatsaus kotikuntoutuksen tutkimuksesta	19
3.1.1	Aineiston haku, rajausta ja valinta	20
3.1.2	Kirjallisuuskatsauksen analyysi	22
3.1.3	Tulokset	24
3.2	Teemahaastattelulla kerätty aineisto toimintaterapeuttien kokemuksista	27
3.2.1	Informantit	28
3.2.2	Teemahaastattelun suunnittelu ja toteutus	29
3.2.3	Teemahaastattelun sisällönanalyysi	30
3.2.4	Tulokset	34
4	Tulosten yhteenveto	40
4.1	Kotikuntoutuksen määritelmä ja prosessi	40
4.2	Toimintaterapeutin rooli kotikuntoutuksessa	42
5	Pohdinta	43
	Lähteet	50
	Liitteet	
	Liite 1. Systemaattinen tiedonhaku	
	Liite 2. Tiedonhaussa löytyneet artikkelit	
	Liite 3. Opinnäytetyön aineistoon valikoituneet artikkelit	
	Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen artikkeleiden tiivistelmät	
	Liite 5. Taustakysymykset ja haastattelun teemat informanteille	

1 Johdanto

Opinnäytetyömme aihe on kotihoidon asiakkaan kuntoutus, joka toteutuu asiakkaan kotiympäristössä. Kotona asumisen tukeminen on tällä hetkellä yhteiskunnassa keskeinen ja ajankohtainen aihe, sillä demografisen muutoksen myötä palvelurakenteeseen kohdistuu muutostarve. Väestön ikääntymisen mukanaan tuomat rakenteelliset muutokset ovat moninaisia ja herättävät laajaa keskustelua. Ennusteiden mukaan vuonna 2026 vain 58 % koko väestöstä on työikäisiä eli 15–65-vuotiaita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Suinkaan kaikki työikäiset eivät tee töitä vaan osa heistä opiskelee, on vanhempainvapaalla tai sairauslomalla. Tämä tarkoittaa sitä, että 13 vuoden kuluttua mahdollisesti vain alle puolet suomalaisista tekee palkkatyötä. Ikäkehityksen vauhti Suomessa on nopeinta koko Euroopan alueella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Yhteistyökumppanimme tässä opinnäytetyössä on Herttoniemen toimintaterapia, joka kuuluu Helsingin sosiaali- ja terveysviraston sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden kuntoutuksen osaamiskeskuksen toimintaterapiapalveluiden yksikköön. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto on maan suurin toimija alallaan (Simoila 2013). Sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelmassa esitetyn vision mukaisesti tavoitteena on, että virasto on alansa johtava uudistaja, ei vain alueellisesti vaan myös valtakunnallisesti (Simoila 2013).

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto on strategiassaan ennustanut muutosvoimia, jotka vaikuttavat tulevaisuudessa palvelujen kysyntään, järjestämiseen ja rahoitukseen. Keskeisiä muutosvoimia ovat lakimuutokset, väestön määrän kasvu ja ikääntyminen. Työvoimapula ja tiukentuva talous haastavat kehittämään uusia toimintatapoja. Palvelurakenteen keventäminen esitetään strategiassa välttämättömyytenä. Raskeammasta kevyempään palvelurakenteeseen siirtymisessä ennaltaehkäisy sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen nähdään entistä vahvemmin mahdollisuutena. Painopistettä halutaan siirtää laitospalveluista avopalveluihin. Iäkkäiden ja toimintakyvyltään alentuneiden alle 65-vuotiaiden palveluissa keskeisinä toimenpiteinä esitetään kotona asumista tukevat palvelut ja näiden palvelujen monipuolistaminen sekä vahvistaminen. (Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto n.d., 10–19.)

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston strategia on yhtenäinen 1.7.2013 voimaan tulleen vanhuspalvelulain linjausten kanssa. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista sekä parantaa iäkkäiden mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa liittyvien päätösten valmisteluun ja itseään koskevien palvelujen kehittämiseen kunnassa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 § 1). Laissa velvoitetaan kuntia laatimaan suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi ja iäkkäiden tarvitsemien palvelujen kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava etenkin kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 § 5.) Muutoksen tarve on kirjattu myös vuoden 2011 hallitusohjelmaan. Hallitusohjelmassa todetaan, että ikäihmisiä arvostetaan ja heidän itsemääräämisoikeutensa turvataan (Hallitusohjelma 2011: 60). Ohjelmassa on listattu tavoitteeksi ikäihmisten itsenäisen asumisen ja kotiin vietävien palvelujen kehittäminen (Hallitusohjelma 2011: 60).

Kuntoutus on yksi tapa, jolla ihmisten kotona pärjäämistä voitaisiin parantaa ja toisaalta myös pidentää työuria. Yhteiskunnallisen merkityksen lisäksi kuntoutuksella on arvoa myös itse kuntoutujalle, eli kuntoutuksen tavoitteet voidaan nähdä sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. Kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta tärkeää on kuntoutuksen varhainen aloittaminen ja oikea-aikaisuus. Kuntoutuksessa tärkeä moniammatillisuus ei kuitenkaan toteudu riittävässä laajuudessa ja yhtenä syynä tähän on resurssipula. Kuntoutustoimet ja resurssit tulisivat kohdentaa sellaisiin kuntoutusmenetelmiin, joiden hyödyttävyydestä ja vaikuttavuudesta on tutkimuksellista näyttöä. (Lääkinnällinen kuntoutus 2009: 7–8, 71–73.)

Valtiontalouden tarkastusviraston säännöllistä kotihoitoa koskevassa tuloksellisuustarkastuskertomuksessa todetaan muun muassa, että kuntouttavan työtavan soveltamista arjen kotihoidossa vaikeuttaa henkilöstön riittämättömyys. Kotihoidossa palvelutasoksi on muodostunut perushoidon tuottaminen, mikä ei välttämättä edistä ikääntyneiden elämänlaatua tai yhteiskunnalliseen elämään osallistumista. (Vanhuspalvelut - Säännöllinen kotihoito 2010: 11–118.)

Iso-Britanniassa on jo pitkään kehitetty asiakkaan kotiympäristössä toteutettavia kuntoutuspalveluja, joilla pyritään tukemaan yksilön itsenäistä suoriutumista ja näin mah-

dollistamaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Intensiivisen kuntoutusjakson aikana harjoitetaan tavoitteellisesti arjessa tarvittavia taitoja, jotka tukevat oman elämän hallintaa ja vähentävät avun tarvetta. Kuntoutuksessa asiakkaan tukena on moniammatillinen työryhmä ja tavoitteena on vahvistaa asiakkaan omia voimavaroja. Kuntoutuspalvelusta käytetään nimeä ”reablement”, ja toimintaterapian osaaminen on tärkeässä roolissa näissä asiakkaan kotiympäristössä toteutettavissa interventioissa. (Burton – Lewin – Boldy 2013: 140–141; Francis – Fisher – Rutter 2011: 1–3.)

Myös Pohjoismaissa asiakkaan kotona asumista sekä elämänlaatua ja elämänhallintaa tukevan kotiympäristössä toteutettavan kuntoutuksen kehittäminen on ajankohtaista. Norjassa tämän sisältöistä moniammatillisesti toteutettavaa kuntoutusta kutsutaan nimellä ”hverdagsrehabilitering”. Norjan toimintaterapeuttiliitto (Norsk Ergoterapeutforbund) on nostanut kotiympäristössä tapahtuvan kuntoutuksen merkittäväksi panostuksen kohteeksi vuodelle 2013, ja se tekee tiivistä yhteistyötä palvelua kehittävien ja järjestävien kuntien kanssa. Norjan toimintaterapeuttiliiton mukaan lokakuussa 2013 32 norjalaista kuntaa tarjoaa kyseistä kuntoutusmuotoa ja noin 40 kuntaa suunnittelee sen aloittamista. Tämän kotiympäristöön painottuvan, eri ammattiryhmien osaamista hyödyntävän kuntoutuksen lähestymistavan taustalla ovat kannustavat kokemukset Tanskasta. (Laberg – Ness 2012: 1-4; Hverdagsrehabilitering - møter samfunnets utfordringer n.d.)

Tanskassa ”hverdagsrehabilitering” alkoi Frederician kunnasta, joka on systemaattisesti Dansk Sundhedsinstitutin avustamana dokumentoinut kuntoutuspalvelun käyttöönoton kunnassa. Nämä dokumentoidut kokemukset ovat auttaneet muita tanskalaisia kuntia kehittämään kyseistä kuntoutuspalvelua, ja se on jossain muodossa käytössä lähes kaikissa maan 98 kunnasta. (Ness ym. 2012: 11–13; Hverdagsrehabilitering 2013.) Aloittaessaan projektia Frederician kunta haki tietoa Ruotsista Östersudin kunnasta, jossa ”hemrehabilitering” aloitettiin jo vuonna 1999. (Ness ym. 2012: 11–13.) Norjassa, Tanskassa ja Ruotsissa kotikuntoutuspalvelu on muotoiltu eri tavoin eri kunnissa. Tiettyjä yhteisiä piirteitä voidaan kuitenkin tuoda esille. (Ness ym. 2012: 14.)

Englannissa ja Pohjoismaissa on tehty useita raportteja kotikuntoutuspalvelujen pilotti-projektien vaikutuksista sekä kuntien talouteen että asiakkaiden toimintakykyyn ja palvelutarpeeseen. Raporttien tulosten mukaan kotikuntoutus on johtanut säästöihin, kotihoidon tarpeen vähenemiseen ja asiakkaiden toimintakyvyn ja itsenäisyyden paraneamiseen. Kotikuntoutus on koettu arvokkaaksi myös työntekijöille, jotka saavat mahdolli-

suuden soveltaa kuntouttavaa näkökulmaa työssään. (Katso Kürstein Kjellberg – Kjellberg – Ibsen – Thule Christensen 2012; Ness ym. 2012; Hustoft 2013; Jones ym. 2009.)

Tiedonhakumme mukaan kotikuntoutus voi Suomessa tarkoittaa monia eri asioita, eikä vielä liity selkeästi johonkin tietyn tyyppiseen palveluun. Edellä kuvailtu pohjoismainen ja englantilainen kotikuntoutus ei ole Suomessa vielä laajalti vakiintunut käytäntö Maarianhaminaa lukuunottamatta. Yksittäisissä kunnissa toteutettavaa kotikuntoutustoimintaa voi kuitenkin olla olemassa. Olemme kartoittaneet kotikuntoutuksesta tehdyt tai siihen viittaavat Suomessa tehdyt opinnäytetyöt mahdollisimman kattavasti, mutta aiheesta tehtyjä opinnäytetöitä ei ole juurikaan saatavilla. Kuntoutuksen vaikutusta kotona on tutkittu aiemminkin, mutta ei kotihoitoon kytkeytyvänä palveluna. Toimintaterapian näkökulmasta on tutkittu lähinnä sairaalasta kotiutumista, ei niinkään kotona tapahtuvaa kuntoutusta. Monet kotiin keskittyvät työt on kirjoitettu hoitotyön tai fysioterapian näkökulmasta.

Ammattikorkeakoulu Arcadassa tehdyistä kahdesta opinnäytetyöstä käy ilmi, että kotikuntoutus on käytössä Maarianhaminassa. Elisabeth Eklöfin (2012) fysioterapian opinnäytetyö selvittää, miten eri työntekijät tekivät töitä kotikuntoutusprojektissa ja miten he kokivat projektin. Elin Lindqvistin (2012) fysioterapian opinnäytetyössä taas selvitettiin, miten asiakkaat kokivat kuntoutuksen kotiympäristössään. Laurea Ammattikorkeakoulussa tehty Tuija-Päivi Holopaisen (2009) fysioterapian opinnäytetyö *Kotikuntoutus – mikä hyväksi käytännöksi Espoossa?* tutki kotikuntoutuspilotin toteutumista Espoossa. Holopaisen työssä kotikuntoutuksella tarkoitetaan iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden kotona tapahtuvaa fysioterapeuttin asiantuntijakäyntiä.

Seuraavissa alaluvuissa esittelemme opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ja tavoitteen. Toisessa pääluvussa esittelemme, miten ympäristö ja toiminta näyttäytyvät toimintaterapian teoriassa. Kolmannessa luvussa kuvaamme sekä integroidun kirjallisuuskatsauksen että teemahaastattelun aineiston keruun, analyysiprosessin ja tulokset. Neljännessä luvussa käymme läpi tulosten yhteenvedon sekä johtopäätökset ja viidennessä luvussa arvioimme opinnäytetyömme toteutusta sekä tuloksia ja pohdimme opinnäytetyöprosessin onnistumista.

1.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Työn keskeisiä käsitteitä ovat kotikuntoutus, kotiympäristö, toimintaterapeutti ja kotihoito. Olemme määritelleet käsitteet nimenomaan tämän työn kannalta eli kyse on itse luomistamme määritelmistä. Kiinnostuksen kohteena on toimintaterapeutin työ asiakkaan kotiympäristössä, jossa läheisenä yhteistyökumppanina on kotihoito. Kotikuntoutus-sanan määrittely tässä yhteydessä on haastavaa. Tutkimamme ilmiö, kotikuntoutus, ei ole Suomessa vielä vakiintunut termi tai käytäntö. Tämän työn alustavan tiedonhaun ja suunnitelmavaiheen aikana olemme tutustuneet muissa maissa käytössä oleviin työtapoihin, joissa toimintaterapeutti tekee yhteistyötä kotihoidon kanssa ja yhteistyölle on luotu strukturoidut raamit tai malli. Pohjoismaissa, Iso-Britanniassa, Australiassa ja Uudessa-Seelannissa tämän tyyppisistä palveluista ja lähestymistavoista käytössä olevia nimityksiä ovat muun muassa:

- Hemrehabilitering/vardagsrehabilitering (Ruotsi, Ahvenanmaa)
- Hverdagsrehabilitering (Norja, Tanska)
- Reablement tai home care reablement (Iso-Britannia)
- Restorative home care program (Australia)
- Restorative home care (Uusi-Seelanti)

Kotikuntoutus

Kotikuntoutus on tässä työssä käytettävä käännös ja suomenkielinen ”työnimi” palvelulle, jota tutkimme. Esitämme tuloksissa tarkemman määritelmän kotikuntoutukselle, mutta ennen tulosten esittelyä tarkoitamme kotikuntoutuksella asiakkaan kotiympäristössä tapahtuvaa kuntoutusta, johon osallistuvat myös kotihoito ja toimintaterapeutti. Kotikuntoutuksen toteuttamista ohjaa toteuttavan organisaation, yleensä kunnan, luoma struktuuri. Kotikuntoutus on suomenkielinen käännös yllämainituille ulkomaisille termeille. Kotikuntoutukselle ei ole yhtä nimeä, vaan se vaihtelee maittain ja alueittain (liite 3). Kotikuntoutus-sanaa käyttämällä vältämme vieraskieliset nimet ja näin selkeytämme tekstiä ja opinnäytetyömme luettavuutta.

Tiedämme, ettei kotikuntoutus ole terminä uusi ja se on käytössä muun muassa psykiatrian puolella (Kotikuntoutus Psykiatria, KSSHP 2012), yksityisellä puolella (Kyyhkylä n.d.) ja Espoon kaupungilla (Holopainen 2009). Lisäksi kotikuntoutus on määritelty Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton antamassa Laatusuosituksessa, jolla pyritään tukemaan vanhuspalvelulain toimeenpanoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a). Laa-

tusuosituksessa kotikuntoutus määritellään psykososiaaliseksi toiminta- ja liikuntakykyä ylläpitäväksi ja edistäväksi kuntoutukseksi, joka toteutetaan iäkkään kotona tai palveluasunnossa. Kotikuntoutus voi sisältää muun muassa lihasvoimaa kehittäviä liikkeitä sekä harjoitusten avulla kotiaskareissa selviytymisen tukemista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b.) Tämäkin määritelmä eroaa siitä, mitä tarkoitamme kotikuntoutuksella tässä työssä. Laatusuosituksessa kotikuntoutuksen elementtejä ei ole määritelty tarkemmin, eikä määritelmästä käy ilmi, että kyseessä olisi tietynlainen palvelu tai prosessi, johon liittyy toimintaterapeutti. Kartoittavassa tiedonhaussa emme löytäneet kotikuntoutusta Suomesta siinä muodossa, millaisena se esitetään tässä työssä.

Kotiympäristö

Tässä työssä kotiympäristöllä on fyysinen, sosiaalinen ja kulttuurinen ulottuvuus. Kotiympäristö tarkoittaa siis ihmisen fyysistä ympäristöä eli asuntoa irtaimistoineen sekä asunnon pihapiirin rakennuksia ja materiaaleja. Sosiaalinen osa kotiympäristöä ovat ihmisen perhe, omaiset, ystävät ja naapurit. Kotiympäristössä kulttuurinen ympäristö näkyy maan, maanosan ja perheen erilaisina arvoina sekä tapoina.

Toimintaterapeutti

Tässä työssä toimintaterapeutilla tarkoitetaan kotikuntoutuksen piirissä työskentelevää toimintaterapeuttia.

Suomessa ammattinimikettä voi käyttää vain Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran hyväksymän ammattitutkinnon suorittanut henkilö. Toimintaterapeutin työnkuva voi vaihdella paljon työyhteisöstä riippuen, mutta työtä tehdään usein moniammatillisesti. Keskeisiä työtehtäviä ovat asiakkaan toimintakyvyn arviointi, toimintakyvyn edistäminen sekä ohjaus ja neuvonta. (Toimintaterapia ammattina 2010.)

Kotihoito

Tässä työssä kotihoidolla tarkoitetaan kunnallista palvelua, jonka avulla tuetaan ihmisen asumista kotonaan. Kotihoito auttaa ihmistä niissä toiminnoissa, joista hän ei suoriudu itsenäisesti. Kotihoidon asiakkaita ovat yli 18-vuotiaat aikuiset, joiden toimintakyky on alentunut esimerkiksi sairauden tai vamman vuoksi. Käytännössä suurin osa kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä.

1.2 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Yhteistyökumppanillamme, Helsingin sosiaali- ja terveysviraston sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluissa kuntoutuksen osaamiskeskuksen toimintaterapiayksikön Herttoniemen toimintaterapiassa työskentelevillä toimintaterapeuteilla on halu aktiivisesti kehittää toimintaansa niin, että terapian vaikuttavuus paranisi ja palvelut kohdistuisivat niille asiakkaille, jotka siitä eniten hyötyvät. Kotihoidon toimintaterapeutit tutustuivat virkamatkallaan Lontoossa englantilaisten kotihoidon toimintaterapeuttien käyttämään reablement-toimintaan ja kiinnostuivat siitä, miten kyseisen mallin kaltainen toiminta olisi sovellettavissa Helsingin kotihoidossa. (Heimonen – Heinäharju 2012: 22–23.)

Opinnäytetyöllämme haluamme avata keskustelua kotikuntoutuksesta, joka ei vielä ole Suomessa vakiintunut termi tai käytäntö. Työn tavoitteena on kerätä tietoa siitä, mitä kotikuntoutus on ja millainen on toimintaterapeutin rooli kotikuntoutuksessa. Tavoitteemme on selvittää, mistä elementeistä kotikuntoutus muodostuu, ja näin luoda määritelmä kotikuntoutukselle. Toimintaterapeutin roolia kotikuntoutuksessa selvittämällä keräämme tietoa siitä, millä eri tavoilla toimintaterapeutti voi olla mukana kotihoidon kanssa tehtävän yhteistyön kehittämisessä. Tutkimuskysymyksemme ovat:

- **Mitä kotikuntoutus on?**
- **Millainen on toimintaterapeutin rooli kotikuntoutuksessa?**

Opinnäytetyöhömmme keräämämme aineisto on kaksiosainen. Selvittääksemme kotikuntoutuksen elementtejä teimme integroivan kirjallisuuskatsauksen kotikuntoutuksen tutkimuksesta. Alustavassa artikkelien tiedonhaussa tuli esille, ettei kotikuntoutuksesta ole vielä tehty juurikaan tieteellisiä tutkimuksia. Suurin osa tehdyistä tutkimuksista on Iso-Britanniasta, Australiasta tai Uudesta-Seelannista. Näiden maiden yhteiskuntarakenne on erilainen kuin Suomen pohjoismainen malli, jossa julkisen sektorin asema palveluiden tarjoajana on hyvin keskeinen. Saadaksemme mukaan myös pohjoismaista näkökulmaa kotikuntoutuksesta toteutimme strukturoidun teemahaastattelun haastatteleamalla kahta pohjoismaista kotikuntoutuksessa työskentelevää toimintaterapeuttia. Analysoimme teemahaastattelut aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessia noudattaen. Mielestämme nämä kaksi erilaista aineistoa tukevat hyvin toisiaan antamalla sekä teoreettisempaa että läheisesti käytäntöön pohjautuvaa tietoa tutkimastamme ilmiöstä.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Koska kotikuntoutus tapahtuu asiakkaan kotiympäristössä, selvitämme, miten ympäristö näyttäytyy toimintaterapian eri malleissa, tutkimuksessa ja käytännön työssä. Luomme yleiskuvan ympäristöstä toimintaterapiassa ja esittelemme Doris Piercen toiminnan terapeuttisen voiman mallin, jota olemme käyttäneet toimintaterapeutin roolin tarkastelussa.

2.1 Ympäristö toimintaterapiassa

Mary Reilly oli yksi toimintaterapian suurista vaikuttajista, joka ymmärsi toimintaterapian ja ympäristön yhteyden jo varhain. Reillyn (1962: 7) mukaan toimintaterapian logiikka perustuu siihen, että ihmisellä on tarve hallita, muuttaa ja parantaa ympäristöään. Jos tämä tarve estyy sairastumisen tai vammautumisen vuoksi, seuraa siitä vakava toimintahäiriö ja ilottomuutta.

Ympäristön merkitys ihmisen toiminnallisuudelle näkyy vahvasti eri toimintaterapian malleissa. Ympäristö kuitenkin määritellään näissä hiukan eri tavalla. Seuraavaksi esittelemme tarkemmin, miten inhimillisen toiminnan malli, kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli sekä PEO-malli määrittelevät ympäristön ja sen suhteen ihmisen toimintaan ja toimintakykyyn. Lisäksi kerromme toimintaterapian mahdollisuuksista liittyen sekä asiakkaan kotiympäristöön että rakennus- ja ympäristösuunnitteluun. Osoitamme myös, miten toimintaterapian vaikuttavuutta asiakkaan kotiympäristössä on tutkittu positiivisin tuloksin.

Inhimillisen toiminnan mallin (The Model of Human Occupation, MOHO) keskiössä on toiminta. Malli on asiakaslähtöinen, ja sen ihmiskäsitys on holistinen. Malli pyrkii selittämään, miten ihminen motivoituu toimintaan, miten toiminta jäsentyy arjessa ja miten toiminta toteutuu ympäristössä. Malli myös selittää, miten sairastuminen vaikuttaa toimintakykyyn ja miten toimintaterapialla voidaan mahdollistaa ihmisten sitoutuminen toimintaan, joka on merkityksellistä ja tyydyttävää sekä tukee fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. (Kielhofner 2008: 1–4.) Inhimillisen mallin pääkäsitteitä ovat ihminen, ympäristö ja tekeminen, joiden vuorovaikutusta mallissa tarkastellaan. Pääkäsitteet jakautuvat edelleen alakäsitteiksi, kuten ihminen tahdoksi, tottumukseksi ja suorituskyyvyksi. (Kielhofner 2008: 12, 86, 101.) Yksilön käyttäytymiseen vaikuttavat niin yksilölliset teki-

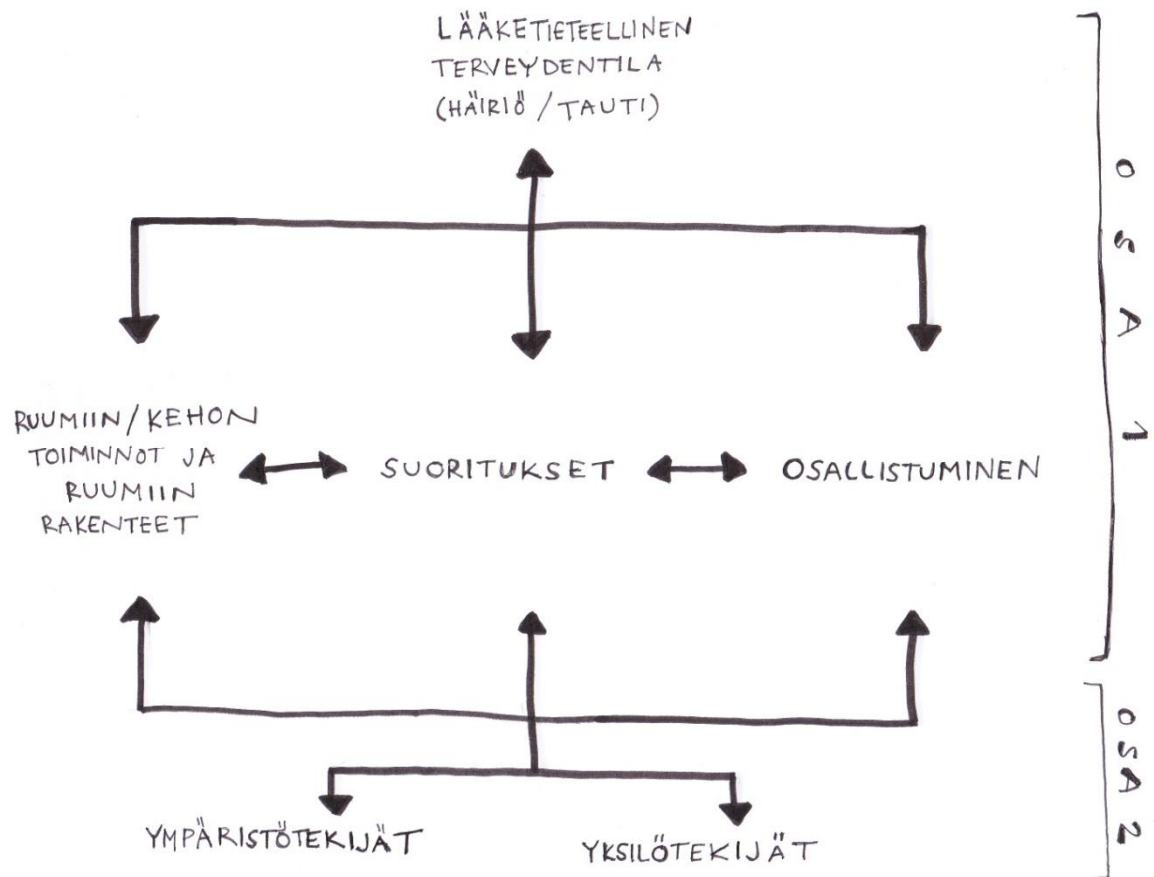
jät kuin ympäristötekijätkin. Ympäristö käsitetään fyysisenä, sosiaalisena, kulttuurisena, taloudellisena ja poliittisena (Kielhofner 2008: 86). Ympäristö voi edistää tai rajoittaa ihmisen toimintaa, ja se vaikuttaa toimintaan motivoitumiseen, suorituskyykyyn, toiminnallisiin valintoihin ja toiminnan organisoimiseen (Kielhofner 2008: 92–93).

Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (The Canadian Model of Occupational Performance, CMOP-E) kuvaa ihmisen, toiminnan ja ympäristön dynaamista suhdetta, toiminnallista suoriutumista (Polatajko ym. 2007a: 22–23). Ympäristön ja toiminnan suhde on vastavuoroinen: toiminta vaikuttaa ympäristöön ja ympäristö toimintaan. Mallin mukaan ympäristö koostuu fyysisestä, sosiaalisesta, kulttuurisesta ja institutionaalisesta ympäristöstä. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan kaikkea luonnollisesti maailmassa olevaa elävää ja elotonta kuten luontoa ja rakennuksia. Fyysinen ympäristö mahdollistaa ja rajoittaa sitoutumista, toiminnallisia valintoja ja tapoja päästä toiminnallisiin tavoitteisiin. Sosiaalinen ympäristö on monimutkainen, monikerroksinen ja dynaaminen ja käsittää muun muassa päivittäisen vuorovaikutuksen, instituutioiden sosiaaliset rakenteet ja erilaiset sosiaaliset ryhmät. Kulttuurinen ympäristö taas on osa sosiaalista ympäristöä ja vaikuttaa toimintaan sekä luo elämään merkitystä. Institutionaalinen ympäristö luo yhteiskunnallisen kehyksen, joka järjestää yhteiskuntaa sosiaalisesti, taloudellisesti, poliittisesti ja lainopillisesti. Institutionaalinen ympäristö muokkaa päivittäistä toimintaamme huomaamatta, sillä se on niin sulautunut arkeemme. (Polatajko ym. 2007b: 48–52.)

PEO-mallin (Person-Environment-Occupation) mukaan toiminnallisuus syntyy yksilön, ympäristön ja toiminnan vuorovaikutuksessa. Toiminnallisuuden taso riippuu siitä, miten hyvin yksilön, ympäristön ja toiminnan vuorovaikutus toimii. Mallissa ympäristö käsitetään hyvin laajasti, ja kulttuurisen, sosioekonomisen, institutionaalisen, fyysisen ja sosiaalisen ympäristön merkitykset ovat yhtä suuria. Ympäristö vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen, mutta toisaalta myös ihmisen käyttäytyminen vaikuttaa ympäristöön. Ympäristö voi joko edesauttaa tai vaikeuttaa toiminnallista suoriutumista, ja sitä on toisaalta helpompi muokata kuin ihmistä. (Law ym. 1996: 14–17.)

Ympäristö näkyy paitsi toimintaterapian malleissa, myös kuntoutuksen yhteisessä luokittelujärjestelmässä. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) on Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, joka tarjoaa kansainvälisen ja yhtenäisen viitekehyksen kuvata toiminnallista terveydentilaa (ICF 2011: 3). ICF kuvaa tilanteita ihmisen toi-

mintakyvyn ja rajoitteiden näkökulmasta sekä auttaa jäsentämään informaatiota helpokäyttöisellä tavalla yhdistäen tiedon eri osat toisiinsa. Kuten kuvasta 1 käy ilmi, ICF-luokituksessa on kaksi osaa, joista ensimmäinen käsittelee toimintakykyä sekä toimintarajoitteita ja toinen kontekstuaalisia tekijöitä. (ICF 2011: 7.) Kontekstuaalisten tekijöiden ympäristötekijät vaikuttavat toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kaikkiin aihealueisiin ja käsittävät sekä fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön, jossa ihmiset elävät ja asuvat (ICF 2011: 8, 10). Ympäristötekijöitä voidaan tarkastella sekä yksittäisen ihmisen tasolla että yhteiskuntatasolla. Yksittäisen ihmisen taso on ihmisen välitön ympäristö, kuten koti. Tasoon kuuluvat ympäristön fyysisten piirteiden lisäksi yhteydet muihin ihmisiin, kuten perheeseen ja vieraisiin. Yhteiskuntataso taas koostuu muun muassa yksilöön vaikuttavista palveluista ja sosiaalisista rakenteista. (ICF 2011: 16.)



Kuva 1. ICF-luokitus (mukaillen ICF 2011)

Ympäristö on toimintaterapeutille tärkeä intervention alue, jota muokkaamalla voidaan parantaa asiakkaan toiminnallista suoriutumista. Ihminen tekee monia itselleen tärkeimpiä toimintoja peseytymisestä harrastamiseen usein kotonaan, joten kodin muu-

tostyöt ovat ensisijaisen tärkeitä ihmisen toiminnallisuuden ja erilaisten tuottavien roolien mahdollistamisessa. Jos kotiympäristö ei kohtaa ihmisen fyysisiä kykyjä, vaarantuvat kotona asuminen ja itsenäisyys. Toimintaterapeuteilla on ammatitaitoa ymmärtää, miten kotiympäristön muokkaaminen mahdollistaa asiakkaan osallistumisen heille merkityksellisiin toimintoihin turvallisesti ja itsenäisesti. Kotiympäristön muokkaaminen voi tarkoittaa fyysisen ympäristön muokkaamista esimerkiksi apuvälineiden avulla tai muuttamalla asunnon pohjaratkaisua, toiminnan muokkaamista esimerkiksi opastamalla heikkonäköistä käyttämään lisävalaistusta tai ihmisten tukemista esimerkiksi neuvomalla omaishoitajille oikeita siirtotekniikoita. (Stark 2003: 219–225.)

Toimintaterapialla on kotiympäristön lisäksi annettavaa ympäristön muokkaamiselle myös yhteiskunnallisella tasolla esteettömyyteen liittyvissä asioissa. Esteettömyys on ympäristön suunnittelua, rakentamista sekä palveluiden tuottamista niin, että kaikki ihmiset iästä, terveydentilasta ja toimintakyvystä riippumatta voivat toimia ympäristössä (Kaukola 2013). Esteetön ympäristö on kaikille käyttäjilleen toimiva, turvallinen ja mukava, kun siellä on helppo liikkua. Esteettömyys on välttämätöntä monille ihmisryhmille, mutta helpottaa myös muita käyttäjiä. Esteettömyys edellyttää hyvää suunnittelua ja säästää pitkällä aikavälillä myös rahaa, kun tilojen muutostarve vähenee. Esteetön ympäristö voi mahdollistaa itsenäisen asumisen ihmiselle, joka huonosti toimivassa ympäristössä olisi riippuvainen muiden avusta. (Invalidiliitto n.d.) Toimintaterapeutit soveltuvat hyvin merkittäviin rooleihin esteettömyyden parissa ja esteettömyyden suunnittelussa tarvitaan toimintaterapeuttien ammatitaitoa. Toimintaterapian käytäntö ja teoria sopivat esteettömyyteen, sillä toimintaterapeuteilla on ymmärrys ihmisen toimintakyvystä sekä ihmisen ja ympäristön vuorovaikutuksesta. (Ringaert 2003: 97, 111.)

Kotona tapahtuneen kuntoutuksen ja toimintaterapian vaikutuksia ihmisen toimintakykyyn on tutkittu myös tieteellisesti. Thorsénin, Widés Holmqvistin, de Pedro-Cueastan ja von Kochin (2005: 297–298) satunnaistetun vertailututkimuksen tuloksina todetaan, että viisi vuotta aivoinfarktin jälkeen merkittävästi suurempi osa kotona tapahtunutta kuntoutusta saaneista potilaista oli itsenäisiä päivittäisissä toimissaan kuin tavallista kuntoutusta saaneista. Zidénin, Frändinin ja Kreuterin (2008: 1019) satunnaistettu kontrollitutkimus taas osoitti, että kuukauden kuntoutusjakson jälkeen kotona tapahtunutta moniammatillista kuntoutusta saaneet lonkkamurtumapotilaat selviytyivät vertailuryhmää paremmin itsestä huolehtimisesta sekä kotitöistä, ja heidän lonkan liikkuvuutensa ja muu liikuntakykynsä oli vertailuryhmää parempi.

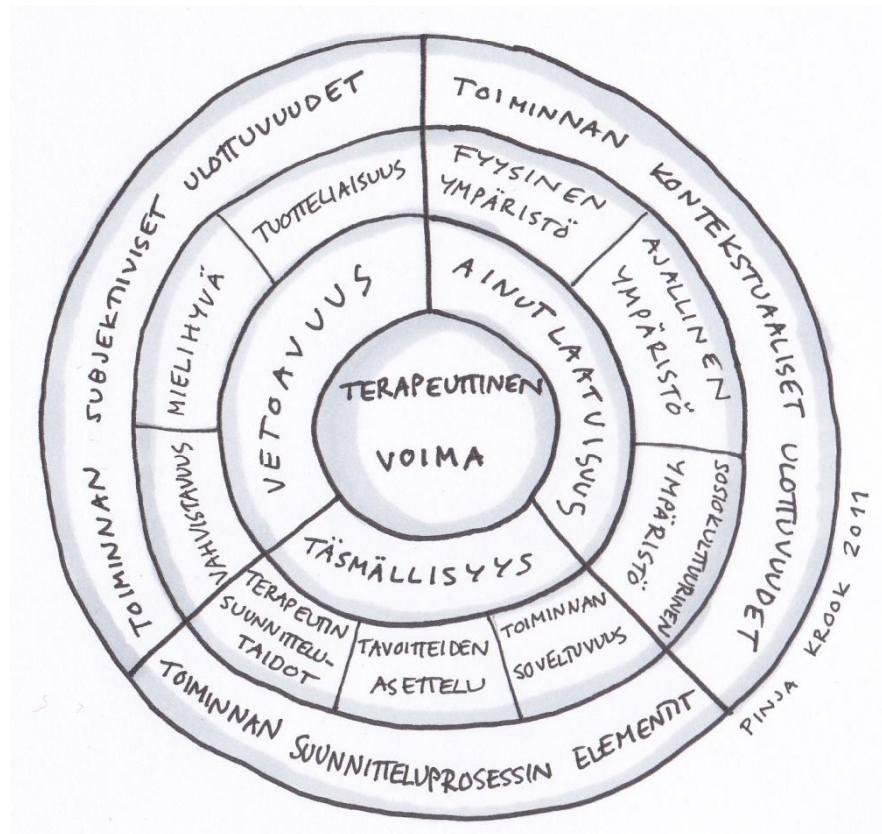
Ympäristö on erottamaton osa toimintaterapian teorioita ja malleja sekä myös käytännön työtä. Toimintaterapian mallit osoittavat selvästi ympäristön vaikutuksen toiminnalliseen suoriutumiseen, ja että ympäristöä muokkaamalla voidaan parantaa suoriutumista (Letts – Rigby – Stewart 2003: 290). Toimintaterapian ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta ihmisen kotiympäristössä on myös tieteellistä näyttöä, mikä osaltaan vahvistaa toimintaterapian ydinajatusta siitä, että ympäristön ja toiminnan suhde on vuorovaikutteinen ja voi vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn sekä edistävästi että heikentävästi.

2.2 Doris Piercen toiminnan terapeuttisen voiman malli

Opinnäytetyön alkuvaiheen tiedonhankintaa tehdessämme pohdimme teoreettista lähestymistapaa aiheeseen. Vaikka tutkimuskysymyksemme eivät vielä olleet lopullisesti muotoutuneet, sekä me että yhteistyökumppanimme olimme kiinnostuneita erityisesti toimintaterapeutin roolista kotikuntoutuksessa. Eri teorioiden pohjalta luoduissa toimintaterapian malleissa yksilö, toiminta ja ympäristö ovat keskeisiä analyysin ja tarkastelun kohteita. Opinnäytetyöhön haluttiin teoriaa tukemaan erityisesti toimintaterapeutin roolin tarkastelua. Toiminnan terapeuttisen voiman mallissa Doris Pierce (2003) tuo yksilöön, toimintaan ja ympäristöön liittyvien elementtien lisäksi mukaan myös toimintaterapeutin panoksen eli terapian suunnittelun, jota hän kutsuu toiminnan täsmällisyydeksi. Työn edetessä huomasimme, että Piercen (2003) toiminnan terapeuttisen voiman malli kokonaisuudessaan eli myös yksilön kokemus toiminnasta ja erityisesti kontekstuaaliset osa-alueet ovat oleellisia, kun tarkastellaan toimintaterapiaa ihmisen kotiympäristössä.

Toimintaterapeutin työssä, työympäristöstä tai erikoisalasta riippumatta, tärkeitä osaamisalueita ovat toiminnan ymmärtäminen, suunnittelutaitojen kehittäminen ja toiminnan soveltaminen käytännössä. Doris Piercen toiminnan terapeuttisen voiman malli on näkökulma terapeuttisen toiminnan tarkasteluun ja tarkoitettu muun muassa auttamaan terapeuttia toiminnan käytön suunnitteluprosessissa. Yhtä toimivaa tapaa tälle suunnitteluprosessille ei ole olemassa, vaan lähtökohdat ovat aina erilaiset. Ihmisten toimintakyvyn rajoitteet voivat olla monimutkaisia, ja todellisessa elämässä ne näyttäytyvät monin eri tavoin. Toiminnan tehokas käyttö interventiossa niin, että se palvelee asiakkaan tavoitteiden toteutumista, edellyttää terapeutilta kykyä ajatella luovasti ja ratkaista ongelmia. (Pierce 2003: 4, 9.) Toiminnan terapeuttisen voiman malli auttaa terapeuttia hahmottamaan toiminnan eri ulottuvuuksia ja ymmärtämään toiminnan yksilöllistä kokemusta terapiainterventiossa (Pierce 2001: 251).

Piercen (2003) mukaan toiminnan terapeuttinen voima muodostuu kolmesta ulottuvuudesta: toiminnan vetoavuudesta, ainutlaatuisuudesta ja täsmällisyydestä. Toiminnan vetoavuudella viitataan yksilön subjektiiviseen kokemukseen toiminnasta. Toiminnan ainutlaatuisuus selittää toiminnan kontekstuaalisia elementtejä eli ympäristöä, jossa toiminta tapahtuu. Toiminnan täsmällisyydellä kuvataan toiminnan suunnitteluprosessin elementtejä. (Pierce 2003: 9.) Toiminnan terapeuttisen voiman malli on esitetty kuvassa 2. Mallin osa-alueet esitellään seuraavissa alaluvuissa.



Kuva 2. Toiminnan terapeuttisen voiman malli
(mukaillen Pierce 2001, 2003; Kulppi - Pajunen 2009)

2.2.1 Vetoavuus eli toiminnan subjektiiviset ulottuvuudet

Toiminnan vetoavuus tarkoittaa sitä, miten houkuttelevana yksilö pitää toimintaa. Jos yksilö kokee toiminnan vetoavaksi, on toimintaan ryhtyminen tai siihen palaaminen hänelle todennäköisesti houkuttelevampaa. Kun toiminta on vetoavaa, on yksilön helpompi sitoutua toimintaan. Toiminnan vetoavuus muodostuu kolmesta osa-alueesta: tuotteliaisuudesta, mielihyvästä ja vahvistavuudesta, jotka ovat jossain määrin aina läsnä. Yksilöiden kokemus toiminnasta vaihtelee. Sama toiminta voi olla toiselle tuotteliaista toimintaa, mutta toiselle voi olla tärkeämpää siitä saatu mielihyvä. (Pierce 2003: 10.)

Ihmiset ovat luonnostaan tuotteliaita. Tuotteliaisuudella ei tässä yhteydessä tarkoiteta vain palkkatyön tekemistä. Tuottavaa toimintaa voivat olla esimerkiksi kotityöt tai jonkun läheisen hoiva ja huolenpito. Tuotteliaisuuteen viittaavat elementit ovat usein päämääräorientoituneita ja niiden tavoittelemisen antaa tekijälleen tyydytystä. Tuotteliaisuus tulee esiin myös niin, että tekemisessä on selvästi huomio lopputuloksessa tai lopullisessa tuotoksessa. (Pierce 2001: 252–253).

Mielihyvän tunteminen on edellytyksenä toimintaan osallistumiselle ja lähes vastakohta päämääräorientoituneelle tuotteliaisuudelle. Mielihyvää tunnettaessa huomio ei ole niinkään toiminnan lopputuloksessa tai tuotoksessa, vaan itse tekemisessä, prosessissa. Mielihyvä on nautinto, jota tekijä kokee toimintaa tehdessään. (Pierce 2001: 253.) Miellyttävät rituaalit ja assosiaatiot aikaisempiin positiivisiin kokemuksiin vahvistavat toiminnasta saatua mielihyvää sekä saavat aikaan nautinnollista ajattomuuden tunnetta (Pierce 2003: 86).

Toiminnan vahvistavuus tarkoittaa energiatason palauttamista, mikä edesauttaa yksilön kykyä osallistua päivittäisiin aktiviteetteihin (Pierce 2001: 253). Tyypillisiä vahvistavia toimintoja ovat esimerkiksi uni, lepo, syöminen, juominen ja itsestä huolehtiminen. Rauhalliset aktiviteetit voivat olla yksilöä vahvistavia. Nämä toiminnot eivät yleensä ole fyysisesti kovin vaativia. Hiljainen keskittyminen itselle helpohkoon toimintaan voi olla virkistävää. Myös vahvistavuuden elementissä, kuten muissakin vetoavuuden elementeissä, yksilöiden kokemukset toiminnasta vaihtelevat suuresti. (Pierce 2003: 10, 107.)

Jokainen toiminnan kokemus pitää sisällään sekoituksen näitä kolmea elementtiä, vahvistavuutta, mielihyvää ja tuotteliaisuutta, mutta vaihtelevassa suhteessa. Oleellista

onkin löytää elementtien sekoitus, joka sopii parhaiten juuri kyseessä olevalle asiakkaalle, ja näin tukea asiakkaan sitoutumista toimintaan sekä terapian tavoitteiden saavuttamiseen. (Pierce 2001: 251–252.) Pystyäkseen tarjoamaan asiakkaalle toimintoja, jotka vetoavuudellaan saavat sitoutumaan toimintaan, on toimintaterapeutin ymmärrettävä asiakkaan nykyisiä ja entisiä toimintamalleja sekä olemassa olevia resursseja ja elämäntilannetta (Pierce 2003: 119). On hyvä huomioida, että tulevaisuuden ikääntyneet ovat erittäin heterogeeninen joukko ihmisiä, joilla on erilaiset taustat ja kiinnostuksen kohteet (Penttilä – Rehn 2012: 17, 92). Iso osa kotikuntoutusta saavista on ikääntyneitä kotihoidon asiakkaita. Kotihoidon suurin asiakasryhmä on 75–84-vuotiaat, jotka muodostavat lähes puolet asiakkaista (Luoma – Kattainen 2007: 18).

2.2.2 Ainutlaatuisuus eli toiminnan kontekstuaaliset ulottuvuudet

Toiminnan terapeutin voiman mallissa toiminnan ainutlaatuisuudella tarkoitetaan sitä, millaista toiminta on yksilön normaalin elämän kontekstissa silloin, kun se ei ole osa toimintaterapiainterventiota. Toiminnan ainutlaatuisuus riippuu toiminnan kontekstista ja on sidottu yksittäisiin tilanteisiin sekä ympäristöihin. Toiminnan ainutlaatuisuus muodostuu fyysisestä, ajallisesta ja sosiokulttuurisesta ympäristöstä. Yksilön omassa ympäristössä, esimerkiksi kotona, haasteet, esteet, mukautuminen ja ongelmanratkaisu, ovat paremmin havaittavissa kuin keinotekoisissa olosuhteissa (Pierce 2001: 254).

Fyysiseen ympäristöön kuuluvat esimerkiksi toiminnassa käytetyt tilat ja esineet, jotka voivat pitää sisällään paljon symbolisia merkityksiä. Usein ympärille halutaan tilaa ja ilmaa, kun taas tilan vähäisyys koetaan epämukavuutena tai hankaluutena. Ihminen kokee fyysisen ympäristön myös kehollaan, joten se vaikuttaa joka hetki ainutlaatuisella tavalla toiminnan kokemukseen. (Pierce 2003: 152–162.)

Ajallinen ympäristö käsittää muun muassa toiminnan tahdin, keston ja ajoituksen, jotka tulisi ottaa huomioon toiminnan suunnittelussa. Yksilön elämänkaaren aikana, esimerkiksi ikääntyessä, monet ajalliseen ympäristöön liittyvät tekijät muuttuvat ja näin muuttavat toiminnan tempoa. Kokemuksen kertyminen ja yksilön kehittyminen vuosien kuluessa muokkaavat taitoja ja persoonaa sekä näin myös yksilön toimintaa ja tekemistä. (Pierce 2001: 255.)

Sosiokulttuuriseen ympäristöön kuuluvat muun muassa identiteetti, ihmissuhteet ja sukupuoli. Myös kulttuuriin liittyvät odotukset ja säännöt muokkaavat toimintatapojamme. Sosiaalista ympäristöä tarkasteltaessa on keskeistä huomioida, miten paljon vuorovaikusta toiminta edellyttää. Toimintaa voidaan tehdä yksin, ryhmässä tai rinnakkain. On tärkeää tunnistaa yksilön, perheen ja muiden läheisten vaikutus toimintaan. Joskus läheisiin kontakteihin voidaan lukea myös terapeutti tai muun palvelun tuottaja. (Pierce 2001: 255–256.) Ihmissuhteemme vaikuttavat voimakkaasti toiminnan kokemuksiimme. Toiminnan jakaminen toisen ihmisen kanssa, voi muuttaa toiminnan kokemusta monin tavoin verrattuna yksin suoriutumiseen (Pierce 2003: 200–201).

Kotiympäristössä työskennellessään toimintaterapeutti astuu asiakkaan henkilökohtaiselle, merkityksiä täynnä olevalle alueelle. On hyvä ymmärtää, mitä koti merkitsee asiakkaalle ja mitä toimintaan vaikuttavia tekijöitä se pitää sisällään fyysisten puitteiden lisäksi. Asiakkaan ja hänen perheensä kulttuurin ja sosiaalisten suhteiden tunteminen sekä ymmärtäminen luovat pohjaa paremmalle yhteistyölle.

2.2.3 Täsmällisyys eli toiminnan suunnitteluprosessin elementit

Toimintaterapian intervention täsmällisyydellä Pierce (2003) tarkoittaa terapeutin kykyä tarjota asiakkaalleen sellaisia toiminnan kokemuksia, jotka vievät asiakasta kohti yhdessä asetettua tavoitetta ja haettua muutosta. Lisätäkseen intervention täsmällisyyttä, terapeutin on kartoitettava muun muassa millaisia asiakkaan toimintamallit ovat olleet aikaisemmin, mitä ne ovat tällä hetkellä, ja millaisia toiveita asiakkaalla on toiminnastaan tulevaisuudessa. Terapeutti selvittää myös millaisissa puitteissa ja kenen kanssa tai avustuksella tehtynä toiminta olisi tehokkainta haluttujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Täsmällisyys muodostuu terapeutin suunnittelutaidoista, tavoitteiden asettelusta, ja toiminnan soveltuvuudesta. (Pierce 2003: 264–265.)

Toimintaterapeutit tarvitsevat kehittyneitä suunnittelutaitoja. Onnistuneen toimintaterapian perusedellytyksenä on johdonmukaisesti tuottaa luovia ratkaisuja yksilön ongelmiin ja tavoitteisiin. Projekti tässä yhteydessä voi olla yksittäinen interventio tai interventiomalli. (Pierce 2003: 264–271.) Terapeutin luovan suunnitteluprosessin koostuu seitsemästä vaiheesta:

1) Motivoituminen

Projekti alkaa terapeutin oman motivaation tunnistamisella. Ymmärrys siitä, miksi suunniteltava projekti on itselle tärkeä, auttaa ylläpitämään tarvittavaa energiaa ja innostusta myös silloin, kun työn edetessä tulee vaikeita tilanteita.

2) Tiedonkeruu

Tiedonkeruuvaiheessa tulisi käyttää eri tyyppisiä lähteitä. Tietoa voi kartuttaa kirjallisten lähteiden lisäksi keskustelemalla muiden aiheen asiantuntijoiden kanssa. Tiedonkeruu auttaa näkemään uusia mahdollisuuksia, joita projekti voi pitää sisällään.

3) Tavoitteiden määrittely

Tässä kohtaa suunnitteluprosessia määritetään projektin tavoite, joka auttaa säilyttämään huomion työskentelyssä, ja hyvin tehtynä helpottaa projektin toteutusta.

4) Ideointi

Ideoiden tuottaminen luovasti ja vapaasti. Tässä vaiheessa ei pitäisi liikaa analysoida ideoita, vaan tuottaa niitä monipuolisesti. Paljon käytetty tapa tuottaa ideoita on aivoriihi.

5) Idean valinta

Valinnan tekeminen monien hyvien vaihtoehtojen joukosta voi olla vaikeaa. Idean valintaa tukee selkeä ajatus siitä, mitkä tekijät nähdään keskeisinä projektin onnistumisen kannalta.

6) Toteutus

Luodaan yksityiskohtainen suunnitelma, jota aletaan toteuttaa. Vaikka idea tässä vaiheessa on muotoutunut selkeäksi suunnitelmaksi, on muokkaukselle ja joustolle jätettävä tilaa, sillä ennalta arvaamattomia tilanteita syntyy usein toteutuksen aikana.

7) Arviointi

Toteutuksen jälkeen arvioidaan, miten asetettuihin tavoitteisiin on päästy. Tämä vaihe antaa terapeutille jatkoa ajatellen tärkeän mahdollisuuden oppia ja kehittyä. Jos viimeinen vaihe toteutetaan huolellisesti, voi se antaa tärkeää tietoa projektin tai intervention toteutuksen onnistumisesta ja toisaalta auttaa terapeuttia tunnistamaan henkilökohtaisia vahvuuksiaan tai kehittämistarpeita. Projektin analysointi ja terapeutin oman työn reflektointi mahdollistavat täsmällisemmän palvelun tuottamisen asiakkaille jatkossa.

(Pierce 2003: 264–271.)

Tavoitteiden asettelussa on tärkeää, että tavoite mietitään yhdessä asiakkaan kanssa. Tavoitteen on oltava asiakkaalle merkityksellinen ja hänen identiteettiään vahvistava. Näin asetettu tavoite parantaa asiakkaan sitoutumista toimintaan ja terapiaprosessiin. Luodessaan tavoitteita yhdessä asiakkaan kanssa, on toimintaterapeutin kyettävä häivyttämään omaa asiantuntijan rooliaan suhteessa asiakkaaseen. Taitavalla haastattelulla ja havainnoilla toimintaterapeutti pystyy tunnistamaan asiakkaan ja hänen läheistensä priorisoimia keskeisiä muutostarpeita. Huolellisesti toteutettu arviointi tukee tavoitteen asettamista. (Pierce 2003: 276; Pierce 2001: 257.)

Toiminnan soveltuvuus riippuu siitä, miten hyvin terapeutin toiminta tukee asetettuihin tavoitteisiin pääsemistä. Toiminnan soveltuvuutta voivat heikentää esimerkiksi toteutetun intervention puitteisiin liittyvät seikat kuten vääränlainen ympäristö tai soveltumattomat työvälineet. Jatkuva havainnointi auttaa toimintaterapeuttia ymmärtämään paremmin sitä kontekstia, jossa asiakas elää ja toimii. Toiminnan täsmällisyyttä tukee se, että terapeutti yhteistyön ja intervention edetessä pystyy tarvittaessa muokkaamaan ja muotoilemaan uudelleen tavoitteita. Näyttöön perustuvia käytäntöjä huomioiden voidaan lisätä toiminnan soveltuvuutta interventioissa. (Pierce 2003: 284–289.)

3 Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät

Opinnäytetyön tutkimusmenetelminä ovat integroiva kirjallisuuskatsaus ja aineistolähtöinen sisällönanalyysi kahden pohjoismaisen toimintaterapeutin strukturoiduista teemahaastatteluista. Suurin osa tieteellisistä tutkimuksista on tehty Iso-Britanniassa, Yhdysvalloissa, Australiassa tai Uudessa-Seelannissa, jotka ovat yhteiskuntina hyvin erilaisia kuin Suomi. Tästä syystä päädyttiin keräämään pohjoismaista tietoa teemahaastattelujen kautta. Kirjallisuuskatsaus on toteutettu ensin, eivätkä sen tulokset ole olleet teemahaastattelun pohjana. Aineistojen analyysit on toteutettu erikseen ja tulokset on lopuksi yhdistetty luvussa neljä.

3.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus kotikuntoutuksen tutkimuksesta

Valitsimme tutkimusmenetelmäksemme integroivan kirjallisuuskatsauksen, joka on yksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Päädyimme kyseiseen tutkimustekniikkaan, sillä tutkittua tietoa on toistaiseksi vielä rajatusti saatavilla, ja halusimme saada mahdollisimman paljon käyttökelpoista aineistoa. Tietoa etsittiin sekä systemaattisesti että manuaalisesti.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä, mutta tutkittavaa ilmiötä pystytään kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti sekä tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia (Salminen 2011: 6). Integroivalla kirjallisuuskatsauksella on useita yhtymäkohtia systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ja sitä käytetään menetelmänä, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti (Salminen 2011: 6–8). Aineisto voi sisältää sekä empiiristä että teoreettista kirjallisuutta ja tutkimusta. Integroiva kirjallisuuskatsaus antaa laajan ymmärryksen tutkittavasta ilmiöstä. Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan yhdistellä erilaista tietoa, ja sillä voi olla monta erilaista tarkoitusta kuten muodostaa käsitteitä tutkittavasta ilmiöstä tai analysoida erilaisia tutkimuksia. (Whittemore – Knalf 2005: 546–547.)

Menetelmänä integroiva kirjallisuuskatsaus auttaa kirjallisuuden tarkastelussa, kriittisessä arvioinnissa sekä syntetisoinnissa. Integroiva ote sallii erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset analyysin pohjaksi. Vaiheittain kuvattuna integroiva kirjallisuuskatsaus ei juuri eroa systemaattisesta katsauksesta. Katsauksen viisi vaihetta ovat

tutkimusongelman asettelu, aineiston hankkiminen, arviointi, analyysi sekä tulkinta ja tulosten esittäminen. (Salminen 2011: 8; Whitemore – Knalf 2005: 549).

3.1.1 Aineiston haku, rajausta ja valinta

Selkeä tutkimusongelman asettelu auttaa katsauksen muissa vaiheissa (Whitemore – Knalf 2005: 548). Halusimme vastata integroivalla kirjallisuuskatsauksella tutkimusky-symyksiimme, joten etsimme aineistosta ensisijaisesti tietoa siitä, mitä kotikuntoutus oikein on ja millainen rooli toimintaterapeutilla on kotikuntoutuksessa.

Aineiston hankkimisen tarkka määrittely auttaa takaamaan luotettavat tutkimustulokset. Ihanteellinen integroitu kirjallisuuskatsaus sisältäisi kaikki aiheesta tehdyt tutkimukset, mitä ei ole käytännössä mahdollista toteuttaa. Siksi suositellaankin, että tiedonhakua tehtäisiin tietokantahaun lisäksi myös muulla tavalla kuten manuaalisella tiedonhaulla. Hakuprosessin ja valintakriteerien pitää olla selkeästi dokumentoitu (Whitemore – Knalf 2005: 548–549).

Käytimme aineiston hankkimiseen manuaalista hakua ja neljää eri tietokantaa. Manuaalinen haku suoritettiin tietokantahaussa löydettyistä artikkeleista, kirjallisuudesta sekä Pohjoismaiden toimintaterapialiittojen kotisivuilta. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit on listattu seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 1. Niiden muodostamisessa käytettiin apuna alustavaa tiedonhakua, joka toteutettiin keväällä 2013.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisukieli suomi tai englanti	Tutkimus ei ole saatavilla
Julkaisuvuosi 2003–2013	Alle kaksi lähdeviittausta
Kotikuntoutus mainittu <ul style="list-style-type: none"> - reablement - re-ablement - restorative care - restorative home support - active service model - restorative programme - restorative approach - restorative model 	Ei ole julkaistu tieteellisessä julkaisussa.
Toimintaterapia tai toimintaterapeutti mainittu (occupational therapy / occupational therapist)	
Koko artikkeli saatavilla	

Toteutimme tiedonhaun 18. ja 19.6.2013. Tietoa haettiin neljästä eri tietokannasta: Pubmedistä, OTDBasesta, CINAHL:sta (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature) ja EBSCO Academic Search Elitestä. Tietokantahakujen tulokset löytyvät liitteestä 1. Hakusanat vaihtelivat eri tietokantojen ja hakujen tulosten perusteella. Perushakusana oli ”reablement”, jonka jälkeen tietoa haettiin tarkentavilla hakusanoilla kuten ”restorative home care”, ”restorative home support” ja ”home care” AND rehabilitation AND occupational therapy. Haussa käytettiin vain englanninkielisiä hakusanoja ja tietokantoja, sillä kevään alustavassa tiedonhaussa oli käynyt ilmi, ettei kotikuntoutuksesta löydy vielä suomalaista tutkimustietoa.

Manuaalisessa tiedonhaussa tietoa haettiin pohjoismaisilta toimintaterapialiittojen kotisivuilta, tieteellisten tutkimusartikkeleiden lähdeluetteloista, kirjallisuudesta, toimintaterapiakoulutusten kotisivuilta ja erilaisilta kotikuntoutukseen liittyviltä kotisivuilta. Tietoa löydettiin Karoliinisen Instituutin kotisivuilta sekä Norjan ja Tanskan toimintaterapialiittojen kotisivuilta. Erilaisia paikallisia raportteja olisi ollut paljon käytettävissä, mutta ne oli yleensä kirjoitettu norjaksi, tanskaksi tai ruotsiksi. Manuaalisella haulla löytyi lopulta kuusi tutkimusartikkelia, joista yksi Norjan toimintaterapialiiton sivuilta löytynyt tutkimusartikkeli päätyi lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen.

Tiedonhaussa artikkeleita löytyi 25 (liite 2), mutta sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella lopulliseen aineistoon valikoitui kahdeksan artikkelia, jotka on listattu liitteessä 3 ja joiden tarkat tiivistelmät löytyvät liitteestä 4. Tutkimusten laatua arvioitiin käytettyjen lähteiden ja julkaisufoorumin perusteella. Tässä tutkimuksessa ei ole kuitenkaan tehty laajaa ja systemaattista laadun arviointia, sillä kaikki aineistoomme valikoituneet artikkelit oli julkaistu tieteellisissä julkaisuissa.

3.1.2 Kirjallisuuskatsauksen analyysi

Integroivan kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysissä on neljä vaihetta:

- 1) aineistosta muodostetaan alaluokkia ja yhtenäinen runko (data reduction)
- 2) kootaan tieto yhteen, muodostetaan esimerkiksi yhtenäinen kuva tai taulukko (data display)
- 3) aineistosta etsitään ja tunnistetaan yhtenäisiä teemoja ja asioiden keskinäisiä suhteita, tietoja ryhmitellään (data comparison)
- 4) aineiston pohjalta tehdään päätelmiä ilmiöstä (conclusion drawing and verification)
(Whittemore – Knalf 2005: 549–551.)

Kuten taulukosta 2 käy ilmi, aineisto luokiteltiin ensin tutkimusten tyyppien mukaan kirjallisuuskatsauksiin ja koonteihin, laadullisiin tutkimuksiin ja määrällisiin tutkimuksiin.

Taulukko 2. Aineiston ensimmäinen luokitteluvaihe

Kirjoittaja	Artikkelin nimi	Vuosi	Maa	Julkaisu
Kirjallisuuskatsaukset ja koonnit				
Glendinning Caroline, Newbronner Elizabeth	The effectiveness of home care reablement - developing the evi- dence base	2008	Iso-Britannia	Journal of Integrated Care
Ryburn Bridger, Wells Yvonne, Foreman Peter	Enabling independ- ence: restorative approaches to home care provision for frail older adults	2009	Australia (Iso-Britannia, Yhdysvallat)	Health and Social care in the community
Laadulliset tutkimukset				
Paravaneh Rabiee , Glendinning Caroline	Organisation and deliv- ery of home care re- ablement: what makes a difference?	2011	Iso-Britannia	Health and Social care in the community
Wilde Alison , Glendinning Caroline	If they're helping me then how can I be inde- pendent?' The percep- tions and experiences of users of home-care re-ablement services	2012	Iso-Britannia	Health and Social care in the community
Määrälliset tutkimukset				
King Anna I. I. , Parsons Matthew , Robinson Elizabeth , Jørgensen Diane	Assessing the impact of restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial	2012	Uusi-Seelanti	Health and Social care in the community
Lewin Gill , Vandermeulen Suzanne	A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Aus- tralian restorative pro- gramme for older home-care clients	2010	Australia	Health and Social care in the community
Littlechild Rosemary, Bowl Ric , Matka Elizabeth	An independence at home service: the potential and the pitfalls for occupational therapy services	2010	Iso-Britannia	British Journal of Occupational Thera- py
Tinetti Mary E., Charpentier Peter, Gottschalk Margaret, Baker Dorothy I.	Effect of a Restorative Model of Posthospital Home Care on Hospital Readmissions	2012	Yhdysvallat	Journal of the Amer- ican Geriatrics Society

Analyysin toisessa vaiheessa luimme tutkimusartikkelit läpi, ja kirjoitimme niistä tiivistelmät (liitteet 3 ja 4). Seuraavaksi luimme tutkimusartikkelit läpi etsien sieltä kotikuntoutuksien määritelmiä (M), kotikuntoutuksen elementtejä (E) ja toimintaterapian roolia (R). Aineisto koodattiin siis M-, E- ja R-kirjaimilla, ja löydetty tieto taulukoitiin Exceliin saman jaottelun mukaisesti. Seuraavaksi järjestelimme löytämämme tiedot alaluokkiin miellekartan avulla. Tämän jälkeen yhdistelimme alaluokkia laajemmiksi kokonaisuuksiksi eli yläluokiksi (kuva 3). Esittelemme seuraavassa alaluvussa analyysin yläluokat ja alaluokat, jotka auttoivat meitä jäsentämään aineistosta noussutta tietoa.

3.1.3 Tulokset

Aineiston yläluokiksi muodostuivat **henkilöstö**, **kotikuntoutus** ja **kotikuntoutuksen tavoitteet ja tulokset** (kuva 3). Aineistosta kävi ilmi, että kotikuntoutus tapahtuu lähinnä asiakkaan kotona, mutta ympäristön merkitystä kotikuntoutuksessa ei ollut avattu kovinkaan tarkasti. Artikkelit keskittyivät lähinnä selittämään kotikuntoutusta ja osoittamaan sen positiivisia vaikutuksia asiakkaiden toimintakykyyn ja palvelutarpeen pienemiseen. Lisäksi kotikuntoutuksen todettiin olevan resurssi- ja kustannustehokas tapa perinteisen kotihoidon sijaan.

Melkein kaikissa artikkeleissa kotikuntoutusta perusteltiin väestön ikääntymisellä, kotihoidon palvelutarpeen kasvulla ja resurssien riittämättömyydellä. Kotikuntoutus on syntynyt tarpeesta vähentää koti- ja laitoshoidon tarvetta ja mahdollistaa ihmisten parempi itsenäisyys sekä kustannustehokas kotona asuminen. Kotikuntoutus käsitettiin artikkeleissa lähinnä lähestymistapana (approach) tai ohjelmana (programme). Aineistosta kävi ilmi, että kotikuntoutus vaihtelee alueittain ja paikallisen kontekstin mukaan, mikä tekee yhtenäisestä määrittelystä haastavaa. Kotikuntoutus määritellään usein vertailun kautta suhteessa perinteiseen kotihoitoon: kotikuntoutus on uusi tapa, joka täydentää tai jopa korvaa asiakkaan saaman perinteisen kotihoidon. Kotikuntoutuksella ei ole yhtä nimeä, vaan se vaihtelee maittain ja alueittain (liite 3).

Kotikuntoutuksen tavoite ja tulokset

Kotikuntoutuksen tavoite
Kotikuntoutuksen tulokset

Henkilöstö

Johto
Moniammatillinen tiimi
Muu henkilöstö
Kotihoitajat
Kotikuntoutus-
työntekijät



© Elise Einset, Pinja Krook

Interventio

Asiakkuuden kriteerit
Rajattu kesto
Arviointi
Tavoite
Suunnitelma
Toteutus

Kuva 3. Kirjallisuuskatsauksen aineistosta muodostetut ylä- ja alaluokat, graafinen toteutus Ville Karhu

Kotikuntoutus on **interventio**, jonka *kesto on rajattu etukäteen*, ja se vaihtelee yleensä neljän ja kahdentoista viikon välillä paikallisesta palvelusta riippuen. Olennaista on aloittaa interventio mahdollisimman nopeasti. *Asiakkuuden kriteerinä* oli kaikissa palveluissa joko jo olemassa oleva tai suunniteltu kotihoidon asiakkuus. Osassa malleista kotikuntoutusta suunnattiin etenkin:

- 1) kotihoitoon juuri ohjatuille tai lähetetyille asiakkaille
- 2) asiakkaille, joiden kotihoidon tarve oli lisääntynyt tai lisääntymässä
- 3) sairaalasta kotiutuville asiakkaille
- 4) joskus palvelu oli suunnattu kaikille kotihoidon asiakkaille.

Joissain palveluissa kotikuntoutuksen ulkopuolelle oli rajattu etenevän sairauden loppuvaiheessa olevat asiakkaat, muistisairaat asiakkaat tai toiminnallisesti täysin muista riippuvaiset asiakkaat. Joissain palveluissa asiakkuuden kriteerinä oli joku tietty ikä, mutta kaikissa palveluissa suurin osa asiakkaista oli iäkkäitä.

Arviointi on tärkeä osa interventiota. Interventiossa tehdään alku- ja loppuarviointi, mutta arviointia tehdään myös intervention aikana. Arvioinnin välineistä yleisimmin aineistossa mainittiin COPM (Canadian Occupational Performance Measure), joka on yleinen toimintaterapian arviointimenetelmä. COPM on itsearviointimenetelmä, jolla voidaan selvittää toiminnan ongelma-alueita ja toiminnan tasoa (Harra ym. 2006: 560). Puoli-strukturoidun haastattelun osa-alueet ovat itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika. Haastateltava nimeää ja asettaa tärkeysjärjestykseen ongelmia, joista hän valitsee sitten viisi, joihin haluaa muutosta. Pisteitä antamalla haastateltava arvioi nykyisen toimintansa tasoa ja sitä kuinka tyytyväinen hän siihen on. Pisteyttäminen mahdollistaa muutoksen seurannan. (Harra ym. 2006: 560.)

Arviointi näyttäytyi aineistossa holistisena ottaen huomioon asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Arvioinnissa painottuvat etenkin asiakkaan päivittäiset toiminnot. Tarvittaessa asiakas ohjataan arvioinnin pohjalta joko perinteiseen kotihoitoon tai muiden palveluiden piiriin. Dokumentointi, raportointi ja muu viestintä on tärkeä osa kotikuntoutusta. Palvelusta on tärkeää tiedottaa kaikille osapuolille.

Alkuarvioinnin pohjalta luodaan yksilölliset *tavoitteet*. Arviointiin osallistuvat asiakas, perhe ja moniammatillinen tiimi. Tavoitteet liittyvät usein itsestä huolehtimiseen, päivittäisiin toimintoihin, sosiaalisiin aktiviteetteihin ja itsetunnon lisäämiseen. Arvioinnin ja tavoitteiden pohjalta tehdään *suunnitelma*, jota seuraa kuntoutuksen *toteutus*. Sekä suunnitelma että toteutus keskittyvät päivittäisiin toimintoihin, taitojen harjoitteluun, apuvälinekartoitukseen, ympäristön muokkaamiseen ja neuvontaan sekä tukeen, jota voidaan antaa myös asiakkaan perheelle ja omaishoitajille.

Kotikuntoutuksen **henkilöstöön** kuuluvat *johto*, *moniammatillinen tiimi* sekä *muu henkilöstö*. Johdon sitoutuneisuus kotikuntoutukseen on tärkeää, sillä he siirtävät työtapaa muulle henkilöstölle. Moniammatillisen tiimin kokoonpano vaihtelee paikallisesti, mutta siihen voi kuulua yksi tai useampi toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. Asiakkaalle on yleensä nimetty tiimistä yksi vastuutyöntekijä. Tarvittaessa moniammatillinen tiimi tekee asiakkaasta lähetteen muille ammattilaisille. *Muu*

henkilöstö käsittää käytännössä kotihoitajat ja kotikuntoutustyöntekijät. Aineistosta ei käynyt ilmi, onko työntekijöillä joku konkreettinen ero vai kutsutaanko heitä vain eri nimillä. Kotihoidon työntekijät tarvitsevat koulutusta uudesta lähestymistavasta: miten palvelu toimii ja mitä näyttöä kotikuntoutuksesta on.

Kotikuntoutuksen tavoitteet ja tulokset olivat luonnollisesti merkittävässä roolissa kaikissa artikkeleissa. Kotikuntoutuksen myötä painotus siirtyy sairauksien hoitamisesta asiakkaan toimintakyvyn ja itsenäisyyden lisäämiseen, ja asiakkaan kotona asuminen mahdollistetaan toimintakykyä tukemalla. Kotikuntoutuksessa asioita ei tehdä asiakkaan puolesta, vaan tuetaan asiakkaan itsenäiseen suoriutumiseen. Kotikuntoutus vähentää avun eli palvelun tarvetta ja siten säästää kustannuksia. Kotikuntoutus mahdollistaa osallistumisen päivittäisiin toimintoihin ja myös sosiaalisiin rooleihin. Kotikuntoutuksessa on olennaista nimenomaan varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäisy.

Kuten kuvasta 3 käy ilmi, toimintaterapeutin rooli ei juuri tullut esille aineistossa, vaan lähestymistapa oli usein esimerkiksi hoitotieteellinen tai gerontologinen. Mikään aineistomme artikkeleista ei ollut toimintaterapeutin kirjoittama, mikä osaltaan selittää roolin näkymättömyyttä ja toisaalta osoittaa selvän puutteen tutkimuskentällä. Littlechildin, Bowlin ja Matkan (2010) artikkeli kuitenkin keskittyi toimintaterapian mahdollisuuksiin kotikuntoutuksessa. Artikkelissa todettiin, että toimintaterapeuteilla on sekä arvioiva että kehittävä rooli kotikuntoutuksessa. Toimintaterapeuteilla todettiin olevan erittäin tärkeä rooli itsenäisyyden edistämisen ilmapiirin vakiinnuttamisessa. Toimintaterapian kerrottiin olevan kustannustehokasta, mutta alalla on selkeä tarve ymmärtää paremmin mitä toimintaterapialla on tarjottavaa. Paikallisessa *Independence at Home* -kotikuntoutuspalvelussa todettiin toimintaterapeutin auttavan asiakasta näkemään omaan itsenäisyyteensä vaikuttavia tekijöitä. Kotikuntoutuksessa tarvitaan koulutettua havainnoijaa, joka huomaa asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavat tekijät työskennellessään asiakkaan kotona.

3.2 Teemahaastattelulla kerätty aineisto toimintaterapeuttien kokemuksista

Tiedonhakuvaiheessa olimme lukeneet kotikuntoutuksesta Tanskassa ja Norjassa. Molempien maiden toimintaterapeuttiyhdistykset ovat aktiivisesti kehittämässä tätä kuntoutuskeskeistä työtapaa, ja ajankohtaista tietoa oli hyvin saatavilla toimintaterapeuttiyhdistysten kotisivuilla. Halusimme aineistoomme kirjallisuuskatsauksen lisäksi myös kokemuksellista tietoa kotikuntoutuksesta. Haastattelun keskeinen ja yksinkertai-

nen idea on kysymällä saada selville mitä joku aiheesta ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii (Tuomi – Sarajärvi 2009: 72).

3.2.1 Informantit

Informanteiksi valikoitui kaksi toimintaterapeuttia, joista toinen oli tanskalainen ja toinen norjalainen. Tanskalaisen toimintaterapeutin yhteystiedot saimme Tanskan toimintaterapeuttiyhdistyksen kotisivuilta. Otimme häneen yhteyttä sähköpostitse, ja saimme häneltä positiivisen vastauksen nopeasti.

Norjassa kotikuntoutuksen piirissä toimivilla ammattilaisilla on oma aktiivinen Facebook-yhteisöpalvelun ryhmä, jonka kautta ilmoitimme etsivämme haastateltavaa toimintaterapian opinnäytetyöhömme. Saimme melko nopeasti vastauksen ja suostumuksen haastatteluun kahdelta norjalaiselta toimintaterapeutilta. Toinen toimintaterapeuteista ei lopulta aikataulullisista syistä saanut sopivaa aikaa järjestymään, joten toteutimme teemahaastattelun vain toisen vastanneen norjalaisen toimintaterapeutin kanssa.

Molemmilla toimintaterapeuteilla on 15–20 vuoden työkokemus toimintaterapeutina. Toinen heistä on työskennellyt kotikuntoutuksen piirissä vuodesta 2010 ja toinen vuoden 2013 alusta. Molemmat ovat tutustuneet kotikuntoutusmalleihin sekä omassa kotimaassaan että ulkomailla, ja molempien informanttien työnantajana on kunta tai kaupunki. Kokoluokaltaan toinen kunta on Kotkan (noin 55 000 asukasta) ja toinen Jyväskylän (noin 135 000 asukasta) kokoinen.

Selvitimme myös Suomen toimintaterapeuttiliiton TOInet-sähköpostilistan välityksellä, löytyykö Suomesta toimintaterapeutteja, jotka työskentelevät strukturoidusti yhdessä kotihoidon työntekijöiden kanssa. Saimme neljä vastausta toimintaterapeuteilta, joiden yhteistyö kotihoidon kanssa ei kuitenkaan vastannut tämän opinnäytetyön käsitystä kotikuntoutuksesta.

Opinnäytetyönä toteutettavissa laadullisissa tutkimuksissa aineisto on yleensä kooltaan pieni. Suuren tietomäärän keräämisen sijaan keskeistä on, että tietoa kerätään henkilöiltä, joilla on mahdollisimman paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 85.) Päätimme, että kaksi hyvin suunniteltua haastattelua antavat meille riittävän määrän tietoa integroivan kirjallisuuskatsauksen lisäksi ja haastattelut ovat käytettävissä olevat resurssit huomioiden realistiset toteuttaa.

3.2.2 Teemahaastattelun suunnittelu ja toteutus

Haastattelu tiedonhankintamenetelmänä on joustava, ja se antaa haastattelijalle mahdollisuuden toistaa tai tarkentaa esitettyjä kysymyksiä sekä näin pienentää väärinymmärrysten mahdollisuutta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 73). Tutustuimme erilaisiin haastattelumenetelmiin ja valitsimme menetelmäksemme teemahaastattelun. Päätökseen vaikutti se, että haastattelut tehtiin englannin kielellä, joka ei ole haastattelijoiden eikä haastateltavien oma äidinkieli. Teemahaastattelussa pystytään tarvittaessa helpommin tekemään tarkentavia lisäkysymyksiä, mikä saattaa olla kielen ja englanninkielisten nimien sekä käsitteiden ymmärtämisen kannalta tarpeellista.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Haastattelun keskiössä ovat tietyt teemat eli aihealueet, jotka ovat kaikille osallistujille samat vaikka kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä. Teemahaastattelulla pyritään tyypillisesti selvittämään tutkittavan ilmiön perusluonnetta ja -ominaisuuksia, eikä niinkään ottamaan kantaa ennalta asetettuun hypoteesiin. (Hirsijärvi – Hurme 2008: 47–48, 66.) Teemahaastattelun runko koottiin Piercen (2003) toiminnan terapeuttisen voiman mallin täsmällisyys-osioon tukeutuen. Sen pohjalta keskeisiksi teemoiksi muodostuivat terapeutin suunnittelutaidot, tavoitteiden asettelu ja toiminnan soveltuvuus. Näiden teemojen alle listattiin teemaa tarkentavia kysymyksiä, jotka koettiin tärkeiksi ja jotka tuottaisivat vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Haastattelun suunnitteluvaiheessa on tärkeää pohtia, missä haastattelu tehdään ja mitä kysytään. Haastattelun puitteet ja haastatteluasetelma vaikuttavat merkittävästi siihen, mitä haastateltava sanoo. Kysymysten suunnittelulla taas vaikutetaan siihen, saadaanko tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. (Eskola – Vastamäki 2007: 28–38.) Informantit olivat ulkomailla, eikä kasvokkain tehtäviä haastatteluja ollut mahdollista toteuttaa ajallisten ja taloudellisten resurssien vuoksi. Prosessoimme sekä keskenämme että yhteistyökumppanimme kanssa teemojen ja teorian yhteen sovittamista sekä haastattelukysymyksiä, joilla saisimme mahdollisimman kattavasti vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Koehaastattelut ovat hyvä keino varmistaa kysymysten yksiselitteisyyttä ja ymmärrettävyyttä (Vilkkä 2005: 109). Varsinaista koehaastattelua ei toteutettu vaan kysymysten ymmärrettävyyttä testattiin lähettämällä osa kysymyksistä Maarianhaminassa työsken-

televälle toimintaterapeutille, joka työskentelee kotikuntoutusmallin piirissä. Saimme informatiivisia vastauksia, ja teimme niiden pohjalta joitain tarkistuksia kysymyksiimme.

Haastattelun onnistumista edesauttaa se, että haastateltavalla on ollut mahdollisuus tutustua haastattelun teemoihin etukäteen. Tällä menettelyllä pyritään myös varmistamaan, että haastateltava todella tietää tutkimuksen aihealueesta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 73.) Lähetimme teemahaastattelun rungon etukäteen haastateltaville. Lähetimme heille myös kahdeksan taustakysymystä sähköpostitse, jotka koskivat kotikuntoutuksen paikallista palvelua (liite 5). Näin toimiessamme pyrimme helpottamaan haastateltavien valmistautumista ja samalla varmistamaan vielä kerran, että haastateltavilla oli tutkimuskysymysten kannalta merkittävää tietoa.

Haastattelut tehtiin Skype-nettipuhelimen välityksellä, jolloin käytössä oli myös kuvayhteys haastateltavaan, ja haastatteluun käytettävät ajalliset resurssit olivat sekä meille että haastateltaville kohtuulliset. Haastattelut nauhoitettiin Pamela-ohjelman avulla. Varmuuskopiona toimi digitaalisella tallentimella taltioitu äänitiedosto sekä videokameralla nauhoitettu tallete. Haastattelujen jälkeen aineisto litteroitiin. Litteroinnilla tarkoitetaan aineiston puhtaaksikirjoitusta sanatarkasti (Hirsijärvi – Hurme 2008: 138–140). Tämä vaihe on työläs ja aikaa vievä, mutta helpottaa usein aineiston tulkintaa (Hirsijärvi – Hurme 2008: 138–140). Haastatteluaineistoa oli yhteensä 105 minuuttia, joka oli litteroituna 42 sivua tekstiä. Kun tutkimuksen tekijä itse kirjoittaa aineiston tekstimuotoon, pystyy hän samalla perehtymään aineistoon ja jo alustavasti analysoimaan materiaalia (Kylmä – Juvakka 2007: 65). Aineiston litterointi toi hyvin esille haastattelujen keskeisiä asioita ja auttoi jo alustavasti järjestelemään tietoa.

Koska opinnäytetyön aineisto koostui kirjallisuuskatsauksesta sekä toimintaterapeuttien anonyymeista haastatteluista, tutkimuslupia ei tarvittu. Koimme kuitenkin tärkeäksi tiedottaa haastateltavia toimintaterapeutteja opinnäytetyömme sisällöstä, tavoitteista ja tarkoituksesta.

3.2.3 Teemahaastattelun sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on metodi, jonka avulla kerätty aineisto voidaan systemaattisesti järjestää ja edelleen tiivistää kokonaisuuksiin, jotka helpottavat tutkimuksen tulosten esittelyä ja johtopäätösten tekemistä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 103). Sisällönanalyysiä voidaan toteuttaa eri tavoin, esimerkkejä ovat aineistolähtöinen sisällönanalyysi, teorialäh-

töinen sisällönanalyysi tai teoriaohjaava sisällönanalyysi (Tuomi – Sarajärvi 2009: 107–120).

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ei tarvitse analysoida kaikkea kerättyä tietoa vaan vain se tieto, joka on tutkimuskysymysten kannalta oleellista. Tärkeää on, että analyysillä saadaan näkyväksi juuri kyseisen aineiston tuoma näkökulma tutkittavaan ilmiöön. (Kylmä – Juvakka 2007: 113.) Teemahaastattelulla keräämämme aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tähän päädyttiin, koska koettiin, että tällä menetelmällä saatiin parhaiten näkyväksi toimintaterapeuttien käytännön kokemukset kotikuntoutuksesta.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan karkeasti jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensin tekstimuotoinen aineisto pelkistetään. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään ja lopuksi kolmannessa vaiheessa luodaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–113.) Näitä vaiheita edeltää kokonaiskuvan luominen aineistosta esimerkiksi kiteyttämällä keskeiset teemat kustakin haastattelusta (Kylmä – Juvakka 2007: 113).

Aineiston pelkistämisvaiheessa tekstistä poimitaan ilmaukset, jotka ovat tutkimustehtävän kannalta oleellisia. Nämä ilmaukset tiivistetään eli pelkistetään ja listataan eri dokumenttiin. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.) Tässä vaiheessa ilmaukseen voidaan merkitä tunniste, jonka avulla tiedetään, mistä haastattelusta ilmaus on peräisin (Kylmä – Juvakka 2007: 117). Tiivistäminen aloitettiin alleviivaamalla litteroidusta tekstistä tutkimuskysymysten ja haastattelun teemojen kannalta oleelliset ilmaukset. Luotettavuuden lisäämiseksi merkinnät tehtiin ensin erikseen, jonka jälkeen merkintöjä vertailtiin, ja niiden merkityksistä keskusteltiin. Tämän jälkeen ilmaukset listattiin Excel-tiedostoon. Koska aineisto oli englanninkielinen, tehtiin käännökset suomen kielelle tässä vaiheessa. Haastateltavien ilmaisut merkittiin tiedostoon eri värein, jotta ne voidaan myöhemmin tunnistaa. Esimerkki aineiston pelkistämisestä on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäisilmaus	Alkuperäisilmaus käännettynä	Pelkistetty ilmaus
"Yeah, and it takes place in persons home environment."	"Kyllä, ja se tapahtuu ihmisen kotiympäristössä."	Kotikuntoutus tapahtuu asiakkaan kotiympäristössä
"So we try to do it two and two and make the assessment and then you have all those screenings like COPM, SPPB or Coop Wonka."	"Joten teemme arvioinnin pareittain ja meillä on käytössä välineinä muun muassa COPM, SPPB tai Coop Wonka."	Pareittain tehdyssä arvioinnissa käytetään eri arviointivälineitä
"So we had to educate both the nurses, the occupational therapists, all should have education."	"Joten meidän piti kouluttaa sekä sairaanhoitajat, toimintaterapeutit, kaikkien tulisi saada koulutusta."	Koko henkilökunta koulutetaan

Aineiston pelkistystä seuraa ryhmittelyvaihe. Tässä vaiheessa aineistosta poimittuja, pelkistettyjä ilmaisuja verrataan toisiinsa ja samaa tarkoittavista ilmaisuista muodostetaan ryhmiä, joille annetaan nimi. Näin yksittäisistä ilmaisuista saadaan samansisältöisiä alaluokkia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110.) Koska olimme itse litteroineet aineistomme ja tehneet yhteenvedon haastattelujen keskeisistä sisällöistä, aloimme tehdä karkeaa ryhmittelyä jo siirtäessämme pelkistettyjä ilmauksia Excel-tilaukseen. Taulukko tulostettiin, ja karkeasti ryhmitellyt taulukko listatut ilmaukset paperilistuksiksi. Näistä ilmauksista muodostimme ryhmiä, joita kutsuimme alaluokiksi. Esimerkki aineiston ryhmittelystä on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Kotikuntoutus tapahtuu asiakkaan kotiympäristössä	Toteutus
Arvioinnissa käytetään eri arviointivälineitä	Arviointi
Koko henkilökunta koulutetaan	Koulutus

Analyysin viimeisen vaiheen tavoitteena on luoda alaluokkia vaiheittain yhdistämällä uusia luokkia niin kauan kuin se on aineiston sisällön huomioon ottaen mahdollista, ja tällä menetelmällä muodostaa teoreettisia käsitteitä. Prosessia kutsutaan abstrahoinniksi. Prosessissa alaluokista luodaan yläluokkia, joista edelleen muodostuu yhdistävä luokka. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111–112.) Kylmän ja Juvakan (2007: 119) mukaan

tämä aineiston analyysin viimeinen vaihe limittyy kahteen edelliseen vaiheeseen. Näin myös pelkistämävaiheessa ja ryhmittelyvaiheessakin tehdään jo aineiston abstrahointia.

Toteuttamassamme analyysissä muodostimme alaluokasta suoraan yhdistävän yläluokan. Esimerkki yhdistävän yläluokan muodostumisesta on kuvattu taulukossa 5. Kylmä ja Juvakka (2007: 119) toteavat, että abstrahointia tehdessä pitäisi varoa liian nopeaa etenemistä kattavampien käsitteiden tasolle. Tämän aineiston kohdalla alaluokista muodostui mielestämme luontevasti yhdistävä yläluokka, vaikka tätä etenemistapaa voidaan pitää aineistolähtöisen analyysin teorian mukaan liian nopeasti etenevänä.

Taulukko 5. Esimerkki yhdistävän yläluokan muodostumisesta

Alaluokka	Yhdistävä yläluokka
Intervention kesto Asiakkuuden kriteerit Asiakkaan motivaatio Arviointi Asiakkaan tavoite Suunnitelma Toteutus Dokumentointi ja tiedotus Työtapa	Interventio
Toimintaterapeutti palvelun kehittäjänä Johto Moniammatillinen tiimi <ul style="list-style-type: none"> • toimintaterapeutti • fysioterapeutti • sairaanhoitaja • koordinoija Kotihoitajat Koulutus Henkilökunnan motivaatio	Henkilöstö
Kotikuntoutuksen tarkoitus Kotikuntoutuksen tavoite	Kotikuntoutuksen tarkoitus ja tavoite
Tiedonkeruu Paikallinen synty	Paikallinen kehitysprosessi

Aineistolähtöisessä tutkimuksessa yhtenä haasteena voidaan pitää sitä, miten aineiston tiedonantajien tuottama tieto ja näkökulmat saadaan analyysissä näkyville. Tutkijalla on aiheesta aina ennakkotietoa ja -käsityksiä, joiden ei pitäisi antaa vaikuttaa analyysiin. Toisaalta jo tutkimusasetelma ja -menetelmät ovat tutkijan asettamia ja vaikuttavat tutkimustulosten muodostumiseen. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 96.) Haastatteluaineiston analyysivaiheessa pohdimme ennakkokäsitystemme vaikutusta analyysiprosessiin. Olimme toteuttaneet kirjallisuuskatsauksen ennen teemahaastattelun analyysia ja sen perusteella meillä oli jo tietty kuva tutkittavasta ilmiöstä.

3.2.4 Tulokset

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on prosessi, jossa tulkintaa ja päättelyä apuna käytetään pyritään muodostamaan empiirisestä aineistosta sellainen kuvaus, joka vastaa tutkimuskysymykseen. Analyysin tuloksena voi olla tämän prosessin avulla muodostettu malli tai käsite. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 112–113.)

Teemahaastattelulla keräämämme aineiston analyysin tuloksena meillä on kuvaus kotikuntoutuksen **interventiosta** ja **henkilöstöstä**, jotka osallistuvat tai ovat työnsä puolesta osallisina kotikuntoutuksessa. Tuloksista ilmenee, mikä **kotikuntoutuksen tarkoitus ja tavoite** haastattelemiemme toimintaterapeuttien mielestä on. Lisäksi kuvaamme kotikuntoutuksen **paikallista kehitysprosessia** kahdessa eri kunnassa.

Kotikuntoutuksen **intervention kesto** määritetään etukäteen. Se voi vaihdella asiakkaan ongelmasta riippuen ja kestää 4–8 viikkoa. Tarvittaessa asiakkaalla on mahdollisuus hakea jatkoa ja pääsyä uudelle kotikuntoutusjaksolle.

Kotikuntoutuksen *asiakkuudelle* on tiettyjä *kriteerejä*, mutta yleistäen voidaan todeta, että kotikuntoutus on suunnattu kotihoidon asiakkaille. Koska kotihoidon asiakkaina on paljon ikääntyneitä, painottuu tämä asiakasryhmä kotikuntoutuksen interventioissa. Asiakkaana voi olla myös omaishoitajia, ja kotikuntoutusta voidaan tarjota esimerkiksi apuvälineitä hakeville henkilöille. Osa kotikuntoutuksen asiakkaista on sairaalasta kotiutuvia ja kotihoitoa tarvitsevia ihmisiä. Paikallisesti voidaan etukäteen määritellä asiakasryhmiä, jotka eivät kuulu kotikuntoutuksen piiriin, kuten vaikeasti muistisairaant tai sairauden terminaalivaiheessa olevat henkilöt.

Molemmat haastattelemamme toimintaterapeutit toivat esille *asiakkaan motivaation* tärkeyden kotikuntoutuksessa. Koska intervention kesto on lyhyt ja rajattu, korostuu asiakkaan oman motivaation merkitys. On tärkeää hyödyntää käytettävissä oleva aika tarkoituksenmukaisella toiminnalla. Asiakkaat eivät palveluun ohjautuessaan ole välttämättä motivoituneita kotikuntoutukseen. Osa heistä on tottunut kotihoitoon, eivätkä kaikki halua muutosta toiminta- tai työtapaan. Asiakkaan taustan tuntemisesta koetaan olevan apua asiakkaan motivoinnissa.

Keskeinen osa kotikuntoutusta on *arviointi*. Alkuarviointi tehdään jo ensimmäisellä tapaamisella asiakkaan kotona. Tarvittaessa arviointia jatketaan seuraavalla kotikäynnillä.

lä. Arviointikäynnillä on usein läsnä asiakkaan perheenjäseniä. Interventiossa voidaan tehdä myös väliarviointi esimerkiksi kolmen viikon kuluttua. Kotikuntoutusinterventio päättyy loppuarviointiin, jonka pohjalta arvioidaan kuntoutuksen onnistumista ja määritetään jatkopalvelujen tarvetta. Molemmat haastateltavat mainitsivat COPM:n tärkeimpänä arviointivälineenä.

Kotikuntoutuksessa *asiakkaan tavoitteet* liittyvät usein arjen toimintoihin, etenkin itsestä huolehtimiseen. Interventiossa voidaan asettaa myös välitavoitteita. Välillä asetettuja tavoitteita joudutaan helpottamaan, esimerkiksi jos asiakkaan motivaatio on alhainen. Tavoitteiden saavuttamista voi olla vaikeaa mitata, mutta COPM:n käyttö loppuarvioinnissa auttaa tuomaan esiin asiakkaan subjektiivisen kokemuksen.

Alkuarvioinnin perusteella luotujen tavoitteiden saavuttamiseksi tehdään *suunnitelma*. Suunnitelman sisältö ja muoto vaihtelivat hieman haastateltujen toimintaterapeuttien edustamissa organisaatioissa, mutta molemmissa suunnitelma laadittiin kirjallisena potilastietojärjestelmään. Toinen kotikuntoutusorganisaatio on kehittänyt suunnitelmaa varten yksinkertaisen laminoidun taulukon, joka kiinnitetään esimerkiksi jääkaapin oveen asiakkaan kotona. Suunnitelma sisältää 1–5 tavoitetta ja keinot, joilla tavoitteeseen pyritään, sekä yhteystiedot kotikuntoutuksen vastuuhenkilölle. Tavoitteena on tiivistää tieto yhdelle paperille helpokäyttöisessä muodossa.

Kotikuntoutuksen intervention *toteutus* tapahtuu pääosin asiakkaan kotona. Toteutus on arjen toimintojen harjoittelua, joka on tarkemmin määritelty suunnitelmassa. Kotihoitoon henkilökunnan rooli korostui kotikuntoutuksen intervention toteutusvaiheessa. Haastatelluista toimintaterapeuteista toisen edustamassa organisaatiossa toimintaterapeutin tai fysioterapeutin toteuttamaa kotikuntoutusta on enintään kaksi kertaa viikossa. Tämän lisäksi asiakkaalla voi olla kotihoitajien toteuttamaa kuntouttavaa kotihoitoa, mikäli sille on tarvetta. Toinen haastatelluista toimintaterapeuteista totesi, ettei kotikuntoutukselle ole hänen edustamassaan organisaatiossa määritelty maksimimäärää, mutta kotikuntoutusta voi olla kolmesta neljään kertaa päivässä moniammatillisen tiimin ja kotihoitajien toteuttamana. Toinen haastatelluista kertoi, että kotona tapahtuvan kuntoutuksen lisäksi toimintaterapeutti tai fysioterapeutti voi tavata asiakasta myös kunnan kuntoutuskeskuksessa. Harjoittelu kuntoutuskeskuksessa voi olla joko yksilö- tai ryhmämuotoista.

Dokumentointi ja tiedotus on keskeinen osa kotikuntoutusta. Kotikuntoutuksessa asiakkaan arviointi, tavoitteet ja suunnitelma kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään, jota käyttävät kaikki kotikuntoutukseen osallistuvat työntekijät. On tärkeää, että kaikilla työntekijöillä on mahdollisuus kirjata potilastietojärjestelmään, ja tieto on sitä kautta kaikkien nähtävillä. Toinen haastateltavista tuo esille, että on tärkeää viestittää kotikuntoutuksen sisällöstä myös kuntoutuksen omaisille. Toisen haastattelemamme toimintaterapeutin edustamassa organisaatiossa kotikuntoutuksesta on tehty prosessimalli, jota on tarkoitus kehittää sitä mukaa, kun toiminnasta saadaan lisää kokemuksia.

Haastattelemiemme toimintaterapeuttien kertomuksista nousi *työtapaa* kuvailevia yhtäläisyyksiä. Molemmat tuovat esille, että tavoitteena on hyödyntää asiakkaan omia voimavaroja, eikä tehdä asiakkaan puolesta asioita, joihin hän kykenee itse. Molemmat haastateltavat pitävät tärkeänä, että yhdessä luotu tavoite pysyy mukana toiminnassa asiakkaan kanssa.

Henkilöstö muodostui palveluja kehittävästä toimintaterapeutista, johdosta, moniammatillisesta tiimistä ja kotihoitajista. Myös henkilökunnan motivaatio ja koulutus nousivat esiin tärkeinä henkilöstöön liittyvinä asioina. Molemmilla haastelluilla toimintaterapeuteilla on keskeinen rooli oman kuntansa kotikuntoutuksessa. Toimintaterapeutin rooli kotikuntoutuksessa näyttäytyi kahdella eri tavalla: sekä aktiivisena *palvelun kehittäjänä* kunnassa että keskeisenä *työntekijänä moniammatillisessa tiimissä*.

Molemmat haastatellut toimintaterapeutit ovat olleet aktiivisesti luomassa ja kehittämässä oman kuntansa kotikuntoutusta. Toinen haastatelluista toimintaterapeuteista on myös osallistunut rahoituksen hakemiseen kotikuntoutusprojektin kehittämisen alkuvaiheessa. Molemmat kouluttavat ja ohjaavat muuta kotikuntoutuksen henkilökuntaa. Kotikuntoutuksen sisällöstä tiedottaminen muulle organisaatiolle on osa toimintaterapeutin työtä kotikuntoutuksessa. Kotikuntoutuksen interventiossa toimintaterapeutin keskeinen rooli korostuu asiakkaan toimintamahdollisuuksien arvioinnissa ja asiakkaan henkilökohtaisen tavoitteen ja suunnitelman luomisessa yhdessä asiakkaan kanssa. Molemmat haastatellut kokevat, että asiakkaan motivaation löytäminen ja tukeminen on toimintaterapeutin ydinosaamista ja näin ollen luonteva rooli toimintaterapeutille myös kotikuntoutusinterventiossa.

Johdon sitoutuminen kotikuntoutukseen on molempien haastateltujen mielestä tärkeä edellytys kotikuntoutuksen onnistumiselle. Johdon tulee huolehtia, että kotikuntoutuks-

sen työtavasta ja ideologiasta viestitetään organisaation kaikilla tasoilla, ja että tämä viestintä on jatkuvaa. Kotikuntoutuksen implementoinnin ja toiminnan jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että kunnalliseen päätöksentekoon osallistuva poliittinen johto ymmärtää kotikuntoutuksen sisältöä sekä tavoitteita ja on kiinnostunut niistä. Toisen haastateltavan mukaan johdon sitoutumattomuus on heikentänyt kotikuntoutuksen toimivuutta joillain alueilla.

Molempien haastateltujen edustamissa organisaatioissa toimii *moniammatillinen tiimi*, johon kuuluu toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sairaanhoitaja ja koordinoija. Kotikuntoutuksen organisaatio haastattelemiemme toimintaterapeuttien edustamissa kunnissa on erilainen. Toisessa kunnassa moniammatillinen tiimi kuuluu samaan organisaatioon kotihoidon kanssa, toisessa nämä ovat kaksi erillistä organisaatiota.

Kotihoitajat ovat tärkeässä roolissa kotikuntoutuksessa, ja heidän työpanoksensa korostuu intervention toteutusvaiheessa. Kotihoitajat tekevät päivittäin asiakkaan henkilökohtaisen suunnitelman mukaisia harjoituksia asiakkaan kanssa hänen kotonaan. Kotihoitajalla on keskeinen rooli siinä, miten asetetut tavoitteet saadaan näkymään asiakkaan arjessa.

Työntekijöiden jatkuva *koulutus* ja ohjaaminen uuteen työtapaan on tärkeä edellytys kotikuntoutuksen onnistumiselle. Molemmat haastattelemamme toimintaterapeutit kokevat, että käytännönläheinen koulutus ja ohjaus päivittäisessä työssä on ollut hyvin toimiva tapa kouluttaa henkilökuntaa. Koulutuksessa käytetään apuna tapausesimerkkejä ja jaetaan kokemuksia toteutuneista kotikuntoutuksen interventioista. Toisessa kunnassa järjestetään säännöllisiä workshop-koulutuksia, joiden tarkoitus on tukea ja ylläpitää työntekijöiden motivaatiota. Toisessa kunnassa suunnitellaan opasvihkoa kotikuntoutuksesta. Toinen haastateltavista kertoo oman kotikuntansa käyttävän myös työryhmän ulkopuolista konsulttia, joka kouluttaa kotihoitajia, ja näin ylläpitää tietoutta kotikuntoutuksesta, sillä toimintaterapeuttien resurssit eivät riitä tarvittavan koulutuksen ylläpitoon. Kotikuntoutuksen implementointi on pitkä prosessi, ja henkilökunnan jatkuva koulutus on keskeinen osa tätä prosessia.

Molemmat haastatelluista toimintaterapeuteista pitävät kotikuntoutusta innostavana työtapana. *Henkilökunnan motivaatio* ja asenne uuteen työtapaan vaihtelee. Toisen haastateltavan mukaan vastustusta esiintyi erityisesti alussa, mutta asenne uuteen työtapaan on muuttunut jatkuvasti positiivisemmaksi. Ymmärrys kotihoidon tavoitteista

ja sisällöstä on auttanut henkilökuntaa konkreettisemmin ymmärtämään uuden työtyö-
van merkityksen omalle työlleen.

Aineistosta nousi myös tietoa **kotikuntoutuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta**. Oma-
naista kotikuntoutukselle on, että se tapahtuu ihmisen kotiympäristössä, ja kotihoito on
osa kuntoutusprosessia. Toisella haastattelemistamme toimintaterapeuteista on noin
kolmen vuoden kokemus työskentelystä kotikuntoutuksessa omassa kotikunnassaan.
Hän kertoo, että kotikuntoutuksen tarkoituksena on säästää kunnan kotihoidon kustan-
nuksia ja toteaa kotikuntoutuksen olevan taloudellisesti kannattavaa. Hänen mukaansa
iäkkäät asiakkaat ovat tyytyväisempiä, koska he ovat saaneet tehdä asioita itse. Toisen
haastatellun toimintaterapeutin kotikunnassa kotikuntoutus aloitettiin vajaa vuosi sitten.
Hän kertoo kotikuntoutuksen tavoitteeksi kustannussäästöt, kotihoidon tarpeen piene-
nemisen ja laadun tuottamisen. Koko kunta pyritään saamaan kotikuntoutuspalvelun
piiriin vaihe vaiheelta. Hänen mukaansa avun tarve kotona ei välttämättä kokonaan
häviä, mutta sitä pyritään kotikuntoutuksen keinoin vähentämään. Tähän pystytään
vaikuttamaan muun muassa sillä, että kotikuntoutuksen interventio aloitetaan mahdolli-
simman nopeasti avun tarpeen ilmennettyä.

Kotikuntoutuksen **paikallista kehitysprosessia** kuvattiin molemmissa teemahaastatte-
luissa. Kotikuntoutuksen aloittaminen kunnassa on edellyttänyt laajaa tiedonkeruuta
ennen projektiin ryhtymistä. Molemmat haastatellut ovat perehtyneet kansallisesti ja
ulkomailla muiden kotikuntoutuksessa työskentelevien kokemuksiin. Tietoa on kerätty
lukemalla kansainvälisiä artikkeleita kotikuntoutuksesta, osallistumalla seminaareihin ja
vieraillemalla kunnissa, joissa kotikuntoutusta on tehty jo pidempään. Esimerkiksi sosi-
aalisen median foorumit ja kotikuntoutuksesta aktiivisesti tiedottava toimintaterapeutti-
liitto mahdollistavat uuden ja ajantasaisen tiedon saatavuuden ja leviämisen.

Kotikuntoutus on molemmissa kunnissa alkanut ensin pilottiprojektina. Tarkoitus on
kehittää palvelumallia sitä mukaa, kun sen toimivuudesta saadaan lisää kokemusta.
Vaikka alussa mallia kotikuntoutukselle on haettu muualta, on se lopulta muokattu
oman kunnan tarpeisiin ja puitteisiin sopivaksi. Kotikuntoutusprojektille on haettu myös
kunnan ulkopuolista rahoitusta.

Olemme kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastatteluiden analyysien tulosten perusteella
luoneet määritelmän kotikuntoutuksesta, luoneet prosessimallin kotikuntoutuksen inter-

ventiosta sekä kuvanneet toimintaterapeutin roolia kotikuntoutuksessa. Nämä löytyvät tulosten yhteenvedosta luvusta 4.

4 Tulosten yhteenveto

Tulosten yhteenvedossa yhdistämme integroivasta kirjallisuuskatsauksesta ja teema-haastatteluista saamamme tulokset, ja rakennamme määritelmät sekä kotikuntoutuksesta että toimintaterapeutin roolista kotikuntoutuksessa. Ensimmäinen alaluku vastaa tutkimuskysymykseen ”mitä kotikuntoutus on” ja toinen alaluku taas kysymykseen ”mikä on toimintaterapeutin rooli kotikuntoutuksessa”.

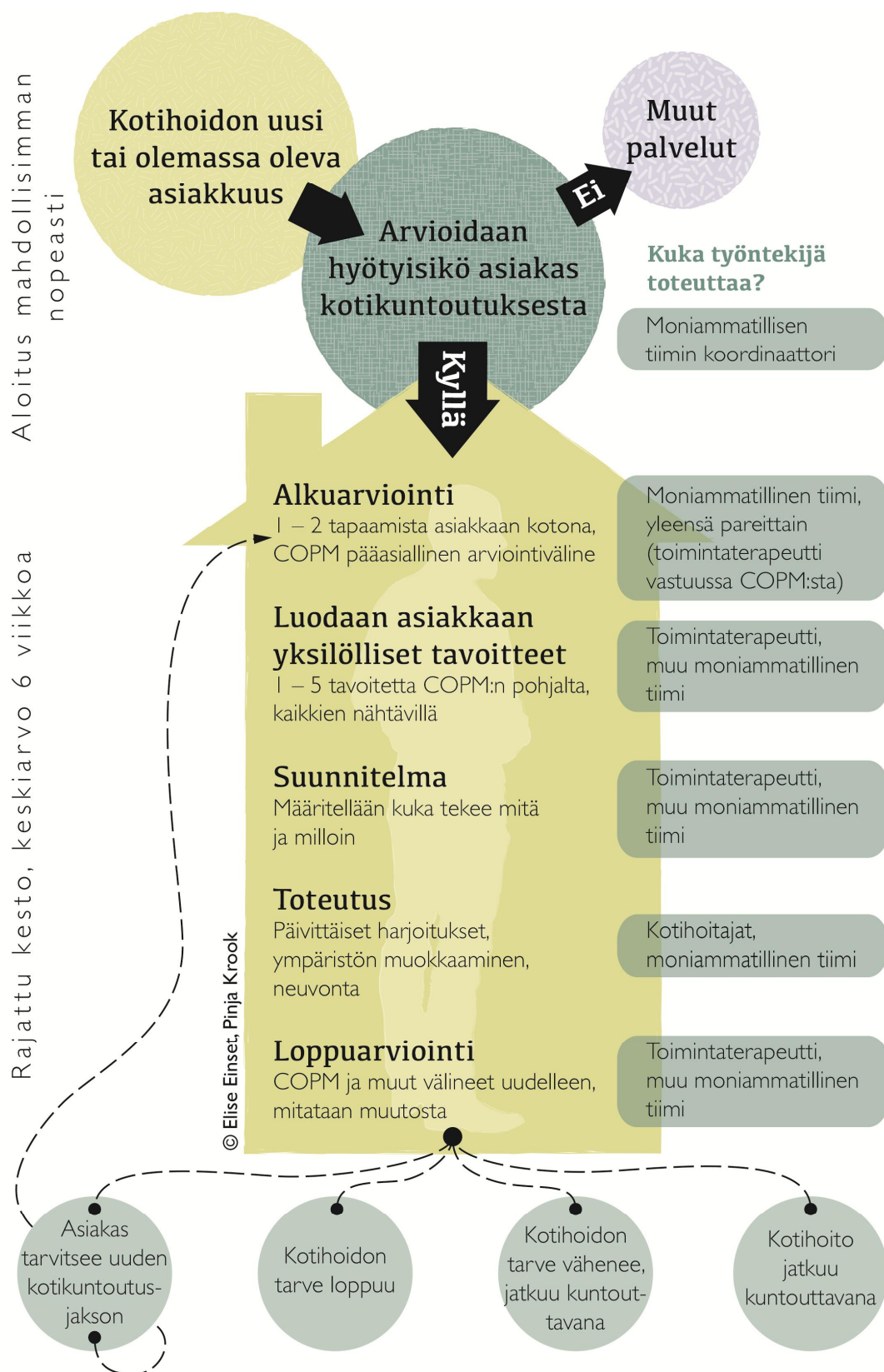
Kotikuntoutusmalli saa lopullisen muotonsa aina paikallisesti. Asiakkuuden kriteerit voivat vaihdella, mikä vaikuttaa kotikuntoutuksesta saatuihin tuloksiin. Kotikuntoutusta ei sen takia voida määritellä yksiselitteisesti, vaan määritelmä on yleistävä, ja se on huomioitava tuloksia lukiessa.

4.1 Kotikuntoutuksen määritelmä ja prosessi

Kotikuntoutus on yleensä kunnallinen, kotihoidon uusille tai vanhoille asiakkaille suunnattu kuntoutuspalvelu. Asiakaslähtöinen kotikuntoutusprosessi (kuva 4) sekä alkaa että loppuu palvelutarpeen arvioinnilla. Intervention keskimääräinen kesto on noin kuusi viikkoa ja se tapahtuu asiakkaan kotiympäristössä. Interventio koostuu alkuarvioinnista, tavoitteiden asettelusta, suunnitelmasta, toteutuksesta ja loppuarvioinnista. Kotikuntoutus on ennaltaehkäisevää, tavoitteellista ja edellyttää jatkuvaa asiakkaan tavoitteiden toteutumisen seurantaa.

Kotikuntoutusta toteuttaa ainakin toimintaterapeutista, fysioterapeutista ja sairaanhoitajasta koostuva moniammatillinen tiimi yhdessä kotikuntoutukseen koulutettujen kotihoitajien kanssa. Kotikuntoutuksessa henkilöstö ei tee asioita asiakkaan puolesta, vaan tukee asiakkaan itsenäistä suoriutumista. Toimintaterapeutilla on keskeinen rooli sekä kotikuntoutuksen palvelun kehittäjänä että kotikuntoutusprosessin arvioinnin ja suunnitelman vastuuhenkilönä.

Kotikuntoutus on toisaalta ideologia, mutta käytännössä työtapaa ja palvelumalli. Kotikuntoutusmallin tarkoitus on vahvistaa asiakasta toimijana omassa elämässään ja tehdä asiakkaan arjesta laadukkaampaa, itsenäisempää ja mielekkäämpää. Lisäksi kotikuntoutuksen tavoitteena on vähentää asiakkaiden kotihoidon tarvetta ja pienentää kotihoidon kustannuksia.



Kuva 4. Kotikuntoutusprosessi, graafinen toteutus Ville Karhu

4.2 Toimintaterapeutin rooli kotikuntoutuksessa

Kirjallisuuskatsauksella koostamassamme tutkimusaineistossa ei ollut toimintaterapian näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia. Näin ollen toimintaterapian painotus oli vähäistä, eikä toimintaterapeutin roolista kotikuntoutuksessa löytynyt merkittävästi tietoa. Teemahaastattelun informantit olivat molemmat toimintaterapeutteja, joten on luonnollista, että teemahaastattelun tuloksissa toimintaterapeutin rooli oli selvästi näkyvissä.

Toimintaterapeutin rooli kotikuntoutusmallissa voidaan tulosten perusteella jakaa kahteen erilaiseen kokonaisuuteen. Toimintaterapeutti on toisaalta keskeinen työntekijä kotikuntoutuksen intervention eri vaiheissa asiakkaan kotiympäristössä. Toisessa roolissaan toimintaterapeutti on mukana luomassa kotikuntoutuksen palvelua ja kehittää palvelua edelleen esimerkiksi kouluttamalla henkilökuntaa ja tiedottamalla palvelun sisällöstä. Nämä toimintaterapeutin kaksi roolia on kiteytetty kuvassa 5.



Kuva 5. Toimintaterapeutin rooli kotikuntoutusmallissa, graafinen toteutus Ville Karhu

5 Pohdinta

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää ja kuvata, mitä kotikuntoutus on ja miten toimintaterapeutti siihen osallistuu. Loimme tutkimuskysymyksiin vastaamalla määritelmän kotikuntoutuksesta ja toimintaterapeutin roolista kotikuntoutuksessa. Tieteellisissä artikkeleissa oli paljon tietoa siitä, mitä kotikuntoutus tarkoittaa, joten koimme, että artikkeleista rakennettava määritelmä kotikuntoutuksesta tarjoaisi luotettavaa tietoa palvelusta ja sen elementeistä. Halusimme antaa äänen myös palvelun piirissä työskenteleville toimintaterapeuteille, joilta saimme sekä pohjoismaista näkökulmaa että kokemukseen perustuvaa käytännön tietoa toimintaterapeutin roolista kotikuntoutuksessa.

Kahden erilaisen aineiston valinta ei ollut itsestäänselvyys, vaan mietimme pitkään, miten hyvin erilaiset aineistot erilaisista yhteiskunnista tukisivat toisiaan – vai tukisivatko. Tiesimme kotikuntoutuksen olevan Pohjoismaissa uudempi palvelu kuin niissä maissa, joissa tieteellistä tutkimusta oli jo tuotettu. Riskinä oli, että tieteellisistä artikkeleista nouseva tieto olisi täysin ristiriidassa haastatteluaineiston kanssa, emmekä olisi saaneet luotua mitään yhtenäistä kuvaa kotikuntoutuksesta, mikä olisi toisaalta ollut myös yksi mahdollinen opinnäytetyön tulos. Opinnäytetyöprosessin aikana kuitenkin selvisi, että aineistot täydentävät toisiaan yllättävän hyvin, ja molemmista aineistoista nousi paljon yhtenäisiä havaintoja kotikuntoutuksesta.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tyyppiä pohdittiin pitkään. Pelkäsimme integroivan kirjallisuuskatsauksen olevan resurssien kannalta liian raskas, mutta lopulta totesimme, ettemme voisi vastata narratiivisella kirjallisuuskatsauksella tutkimuskysymyksiin halutussa laajuudessa. Integroivan kirjallisuuskatsauksen haastavin vaihe oli tutkimusartikkelien sisäänotto- ja poissulkukriteerien päättäminen. Systemaattisessa tiedonhaussa artikkeleita löytyi yhteensä 25, mikä olisi ollut täysin epärealistinen ja toisaalta epärelevantti määrä opinnäytetyömme kannalta. Poissulku- ja sisäänottokriteerien avulla kirjallisuuskatsaukseen valikoituivat oleelliset kahdeksan tutkimusartikkelia, mutta kaikki löytyneet artikkelit listattiin liitteeseen 2, jotta aiheesta laajemmin kiinnostuneet voivat halutessaan tutustua artikkeleihin tarkemmin.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muuttui prosessin aikana muutamaaan otteeseen, sillä tähän työhön olisi sopinut taustateoriaksi moni muukin malli kuten kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli, ekologinen malli tai PEO-malli. Esimerkiksi

tulosten yhteenvedossa muodostamamme prosessimalli kotikuntoutuksesta muistuttaa paljon kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin prosessimallia ja näiden vertailun kautta voitaisiin varmasti vahvistaa kotikuntoutuksen toimintaterapeuttisia lähtökohtia. Toisaalta taas PEO-mallin tai ekologisen mallin avulla voitaisiin tarkastella paremmin ympäristön keskeisyyttä kotikuntoutuksessa. Tarpeeseen pyrittiin vastaamaan luomalla läpileikkaus eri toimintaterapian teorioiden ja ympäristön yhteydestä.

Koska koko opinnäytetyömme tarkoitus oli luoda ymmärrys kotikuntoutuksesta, emme ennakoon voineet osata valita teoriaa, joka sopisi varmasti kotikuntoutuksen tutkimiseen. Sama ongelma on vainonnut meitä läpi prosessin: miten tehdä päätöksiä aiheesta, jota emme vielä täysin tunne. Nyt opinnäytetyöprosessin päätteeksi olemme edelleen tyytyväisiä siihen, että valitsimme nimenomaan Doris Piercen (2003) toiminnan terapeuttisen voiman mallin teoriaksemme, sillä se auttoi meitä sekä teemahaastattelun luonnissa että toimintaterapeutin roolin jäsentämisessä. Opinnäytetyössä ei pyritty strukturoidusti löytämään toiminnan terapeuttisen voiman mallin elementtejä kotikuntoutuksesta, vaan malli toimi ennemminkin koko opinnäytetyöprosessin aikana välineenä, jonka avulla pystyimme peilaamaan kotikuntoutusta toimintaterapian ideologiaan. Harvassa toimintaterapian mallissa toimintaterapeutin rooli näkyy yhtä selvästi kuin Piercellä. Mallin täsmällisyyden osa-alue muodostuu terapeutin suunnittelutaidoista, tavoitteiden asettelusta ja toiminnan soveltuvuudesta, jotka voisi sovittaa suoraan sekä kotikuntoutuksen määritelmään että toimintaterapeutin roolin määrittelyyn (Pierce 2003: 264–265). Lisäksi kaksi mallin muuta osa-aluetta eli vetoavuus ja ainutlaatuisuus, jotka jäsentävät toimintaa, ihmistä ja ympäristöä, ovat hyvin verrannollisia kotikuntoutuksen elementteihin. Kotikuntoutus perustuu varhaiseen puuttumiseen, asiakaslähtöiseen työskentelyyn, asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen ja asiakkaalle merkityksellisten toimintojen mahdollistamiseen, mikä osoittaa myös sen toimintaterapeuttisuutta.

Yhteistyökumppanimme Herttoniemen toimintaterapia, joka kuuluu Helsingin sosiaali- ja terveysviraston sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden kuntoutuksen osaamiskeskuksen toimintaterapiapalveluiden yksikköön, oli mukana työskentelyssä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Viimeisen vuoden aikana tapasimme useita kertoja ja tapaamisissa olemme muun muassa synnyttäneet opinnäytetyön aiheen yhteiskehittelyn tuloksena sekä rajanneet sen vastaamaan työelämäkumppanin tarpeeseen. Työelämäkumppani oli myös kehittelemässä teemahaastattelun teemoja, jotta keräisimme varmasti juuri sitä tietoa, josta he ovat kiinnostuneita. Olemme saaneet työelämäkumppanilta läpi opinnäytetyöprosessin arvokasta palautetta, joka on auttanut meitä eteenpäin. Yh-

teistyökumppanimme edustamassa organisaatiossa ollaan aloittamassa kotikuntoutuksen pilottiprojekti. Uskomme, että opinäytetyöstämme on apua sekä pilottiprojektia suunnitteleville ja aiheesta tiedonkeruuta tekeville työntekijöille että pilotin toteutukseen osallistuvalla organisaatiolla.

Kotikuntoutuksen selvittäminen ja ymmärtäminen on ollut haastavaa sen monimuotoisuuden vuoksi. Työskentelyn alkuvaihetta hankaloittivat kotikuntoutuksen monta vieraskielistä nimeä ja etenkin se, että palvelun suomenkielinen käännös puuttui. Olemmekin opinäytetyössämme joutuneet tekemään tietoisin valinnan määrittellessämme palvelun suomeksi kotikuntoutukseksi. Suomenkielisen nimen luominen oli välttämättömyyden jo tutkimuskysymysten asettelemiseksi: käännöksen tarvetta ei voinut mitenkään kiertää, vaikka yritimme. Kotona tapahtuvan kuntoutuksen idea ei ole sinänsä uusi, mutta Suomessa siinä eivät vielä tietojemme mukaan yhdisty moniammatillisuus, kotihoitajien rooli aktiivisina kuntouttajina, tavoitteet, suunnitelma, alku- ja loppuarvio, kuntoutusprosessin rajattu kesto sekä muut tuloksissamme esitellyt kotikuntoutuksen elementit. Kotikuntoutus oli meistä paras mahdollinen käännös, sillä palvelu on käytössä Maarianhaminassa nimellä ”hemrehabilitering”, ja palvelu saa usein kunnassa myös tarkentavan paikallisen nimen kuten Norjan Stavangerissa ”Leve Hele Livet” (Hverdagsrehabilitering på Madla n.d.) ja Bodøssa ”Lengst mulig i eget liv – i eget hem” (Mikkelsborg n.d.). Toivomme, että opinäytetyömme voisi lisätä keskustelua kyseisestä palvelusta ja työtavasta. Palvelun nimen kehittelyä voidaan jatkaa, sillä se on oma prosessinsa, joka on helpompi toteuttaa, kun palvelun sisällöstä on enemmän tietoa.

Molempien aineistojen yhdeksi yläluokaksi muodostui interventio, joka ei sanana ole kovin yksiselitteinen. Terveysportti (n.d.) kuvaa interventiota väliintulona, jolla pyritään vaikuttamaan muun muassa yksilön terveydentilaan. Yhdistetyissä tuloksissa muodostimme kotikuntoutuksen prosessimallin, johon koostettiin tietoa myös muista yläluokista kuin interventiosta. Kuvaamme prosessina koko sen matkan kotikuntoutuksen asiakkuuden alkamisesta kotikuntoutuksen päättymiseen asti, kun taas interventio koostuu asiakkaan kanssa tehtävästä työstä alkuarvioinnista loppuarviointiin. Interventiossa asiakas on tiiviisti mukana työskentelyn joka vaiheessa, kun taas prosessissa päätöksiä voidaan tehdä myös ilman asiakasta.

Opinäytetyöprosessissa kielikysymykset olivat toistuva pohdinnan aihe. Teemahaastattelujen toteuttaminen englanniksi loi haasteita paitsi meille myös haastateltaville, jotka eivät voineet vastata kysymyksiin äidinkielellään. Ymmärrämme molemmat ruot-

sia ja toinen meistä myös norjaa, mikä helpotti sekä pohjoismaiseen materiaaliin tutustumista että haastateltavien toimintaterapeuttien löytämistä. Ruotsin spontaani puhuminen teemahaastattelussa on kuitenkin haasteellisempaa, joten haastattelut päätettiin tehdä englanniksi. Pyrimme varmistamaan sähköpostitse lähetetyillä englanninkielisillä taustakysymyksillä ja niihin saamillamme vastauksilla, että kaikki teemahaastattelun osapuolet ovat ymmärtäneet haastattelun kannalta keskeiset asiat (liite 5). Vieraskieliset materiaalit asettavat silti aina haasteensa tiedon luotettavuudelle.

Tutkimuskysymykseen toimintaterapeutin roolista kotikuntoutuksessa saatiin vastaus lähinnä teemahaastatteluista: toimintaterapeutin roolin ovat siis määrittäneet toimintaterapeutit itse. Näin ollen ei ole yllättävää, että toimintaterapeutin rooli näyttäytyi tutkimuksemme tuloksissa erittäin tärkeänä. Täytyy kuitenkin huomioida, että molemmilla haastatelluilla toimintaterapeuteilla on takanaan pitkä ura, joten heillä on vertailupohjaa toimintaterapeuttien rooliin myös muissa kuntoutuspalveluissa. Toimintaterapeutin roolin merkittävyyttä tukee myös se, että yleisimmin mainittu arviointiväline tieteellisissäkin artikkeleissa oli COPM, ja molemmat haastattelemamme toimintaterapeutit olivat olleet hyvin keskeisessä roolissa oman kuntansa kotikuntoutuspalvelun muodostamisessa. Toimintaterapeuttien keskeinen rooli näkyi myös kuntien paikallisissa raporteissa, joiden perusteella kotikuntoutusta koordinoiva taho on usein toimintaterapeutti (katso Kürstein Kjellberg ym. 2012; Ness ym. 2012; Hustoft 2013).

Vaikka kotikuntoutus on nimenomaan asiakaslähtöinen palvelu, ei asiakkaan ääni juuri kuulu opinnäytetyössämme. Aihetta rajatessamme teimme tietoisien päätösten olla keskittymättä asiakkaiden kokemuksiin, sillä tutkittua tietoa aiheesta löytyy sekä tieteellisistä artikkeleista (katso Wilde – Glendinning 2012; Trappes-Lomax – Hawton 2012) että Arcadassa toteutetusta Elin Lindqvistin (2012) opinnäytetyöstä. Lisäksi koimme, että ymmärtääkseen asiakkaiden kokemusta on ensin ymmärrettävä, millaista palvelua asiakkaat saavat. Asiakkaiden kokemusten keräämisessä olisi ollut myös eettisiä ja käytännöllisiä ongelmia, joiden ratkaisemiseen emme olisi pystyneet aikataulumme puitteissa.

Ajatus kotihoidon kuntoutuksesta ei tietenkään ole vieras Suomessa. Esimerkiksi Helsingin kaupungin kotihoidossa on käytössä Liikkumissopimus, jolla on tarkoitus tukea kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden arkiliikkumista (Helsingin kaupunki 2010). Liikkumissopimus tarkoittaa käytännössä ikääntyneen liikkumisen suunnitelmallista tukemista kotihoitokäynneillä, joilla pyritään vähentämään asiakkaan puolesta tekemistä sekä

rohkaisemaan asiakasta säännölliseen liikkumisen harjoitteluun (Helsingin kaupunki 2010). Suunnittelussa on keskeistä tunnistaa asiakkaan omat tarpeet ja mieltymykset, ja käytännössä Liikkumissopimus voi sisältää esimerkiksi kotivoimisteluohjelman tai ulkona liikkumisen suunnitelman (Helsingin kaupunki 2010).

Uudesta aiheesta herää aina tuhansia kysymyksiä, joihin emme kykene tällä työllä vastaamaan. Jouduimme jättämään paljon mielenkiintoista materiaalia opinnäytetyömme ulkopuolelle. Haluammekin kannustaa toimintaterapian opiskelijoita tutkimaan kotikuntoutusta pidemmälle ja esimerkiksi Pohjoismaissa tuotettujen kotikuntoutusraporttien pohjalta saisi mielenkiintoisen opinnäytetyön kotikuntoutuksen vaikutuksista naapurimaissamme. Raporteissa on hyvin yksityiskohtaisesti raportoitu pilottivaiheen tuloksia talousvaikutuksista ihmisten toimintakyvyn paranemiseen. Uskomme, että opinnäytetyömme luoma ymmärrys kotikuntoutuksesta auttaa ymmärtämään näitä raportteja paremmin, ja se oli myös yksi opinnäytetyöllemme asettama tavoite.

Kotikuntoutuksen pilotoinnissa ja implementoinnissa huomioidaan aina ympäristö, johon palvelu otetaan käyttöön. Ympäristö on keskeinen osa myös palvelua itseään, sillä se tapahtuu asiakkaan kotiympäristössä ja näin ollen on erilainen jokaisen yksittäisen asiakkaan kohdalla. Kotikuntoutusinterventio muokkautuu asiakkaan ympäristön mukaisesti, sillä asiakkaan tavoitteet osaltaan kumpuavat hänen toimintakykynsä ja ympäristön yhteensopivuudesta. Siksi olikin yllättävää, ettei ympäristö korostunut yli muiden elementtien kummassakaan aineistossa – toki tämä saattoi johtua siitä, että keskityimme nimenomaan toimintaterapeutin rooliin. Ympäristön merkitystä kotikuntoutuksessa olisi kuitenkin mielenkiintoista tutkia jatkossa tarkemmin.

Opinnäytetyömme aineisto on laaja työn aikatauluun ja resursseihin nähden. Emme halunneet rajata aiheitamme tiukemmin, sillä koimme pystyvämme vastaamaan tutkimuskysymyksiimme mahdollisimman luotettavasti vain kahden erilaisen aineiston turvin. Hyvän projektinhallinnan ansiosta jo alussa asettamamme aikataulut pitivät ja eri työvaiheet toteutettiin suunnitellussa laajuudessa. Toisaalta aikataulun tiiviiden vuoksi olemme uppoutuneet aiheeseen intensiivisesti, eikä työskentelyssä ole voitu pitää pitkiä taukoja. Tämä asetti omat haasteensa aineistojen analyyseille. Pyrimme tietenkin jäsentämään tietoa mahdollisimman objektiivisesti, mutta jäimme pohtimaan, onko täysin objektiivinen tulkinta todella mahdollista? Emme voi poistaa mielestämme sitä, mitä jo tiedämme aiheesta tai millaisia tuloksia saimme toisesta aineistosta. Pyrimme parantamaan objektiivisuutta siten, että toinen meistä oli vastuussa toisesta aineistosta ja

toinen toisesta, mikä mahdollisti sen, että pystyimme tarkastelemaan kriittisemmin toistemme vastuuaineistoja.

Opinnäytetyön aineisto ei ole kuitenkaan tieteellisesti tarkasteluna kovinkaan iso: kahdeksan artikkelin integroiva kirjallisuuskatsaus ja kahden pohjoismaisen toimintaterapeutin teemahaastattelu. Opinnäytetyössä ei ole tutkittu tarkemmin kotikuntoutuksen vaikuttavuutta vaan sen sisältöä. Mitkä elementit tekevät kotikuntoutuksesta kotikuntoutuksen? Mikä yhdistää eri maiden kotikuntoutusta? Aineistojen koosta huolimatta tuloksissa esitetään yleistävä kuvaus kotikuntoutuksesta. Uskalsimme tehdä näin nimenomaan sen vuoksi, että huomioimme myös kotikuntoutuksen paikallisuuden. Palvelu on todennäköisesti jollain tavalla erilainen jokaisessa käytössä olevassa kunnassa, mutta tietyt elementit vaaditaan, jotta voidaan puhua kotikuntoutuksesta.

Kotihoidossa on perinteisesti keskitytty nimensä mukaisesti asiakkaan hoitoon, mutta kotikuntoutuksen ideologiaa voitaisiin kutsua uudeksi paradigmaksi, jossa asiakas siirtyy objektista subjektiksi ja aktiiviseksi toimijaksi. Sen sijaan, että ihminen halutaan pitää mahdollisimman pitkään kotona, hänen halutaankin olevan mahdollisimman pitkään aktiivinen omassa elämässään. Yhteiskunnan näkökulmasta muutoksen täytyy myös tuottaa säästöjä, jotta se on käyttökelpoinen. Kotikuntoutuksen suosio maailmalla vaikuttaa perustuvan nimenomaan siihen, että se sekä parantaa asiakkaan elämänlaatua että säästää kustannuksia ja vähentää hoidon tarvetta.

Kotikuntoutuksesta on paljon positiivisia tuloksia ja kokemuksia. Näiden kokemusten innoittamana uutta työtapaa ja palvelua kehitetään aktiivisesti. On helppoa nähdä kotikuntoutus onnistuneena teoreettisena lähestymistapana, jota hyvät kokemukset pilotti-projekteista vahvistavat. Kuntoutusprosessin kuvaus paperilla voi näyttää hyvältä, mutta toteutukseen liittyvät haasteet ja ongelmat tulevat varmasti esiin vasta käytännön työssä, johon tämän työn puitteissa ei ole päästy tutustumaan. Ammattieettinen pohdinta ja aiheen kriittinen tarkastelu ovat oleellinen osa palvelun kehittämisessä (Haarr 2013: 24–27). Yhteiskunnan ja palveluntarjoajan näkökulmasta voidaan ajatella, että mahdollisimman suuren itsenäisyyden saavuttaminen omassa arjessa on aina tavoiteltavaa. Kaikki eivät kuitenkaan välttämättä halua ”tehdä itse” tai ”suoriutua paremmin”. On hyvä pohtia, missä määrin kotikuntoutuksen kehitystä ohjaavat taloudelliset vaikuttimet, ja miten huomioidaan asiakkaan yksilölliset tarpeet ja kulttuurinen ympäristö. Itsenäisyyden tavoittelemisen rinnalla tulisi nähdä se, että riippuvaisuudella muista ihmisistä voi olla myös positiivinen merkitys yksilölle. (Haarr 2013: 24–27.)

Molemmista teemahaastatteluista kävi ilmi, miten toimintaterapeuttiseksi kotikuntoutus koettiin. Koordinoivissa rooleissa olevat toimintaterapeutit puhuivat työstään innostuneesti ja kertoivat nauttivansa siitä. Kotikuntoutus on mahdollisuus paitsi asiakkaille myös toimintaterapeuteille ja muille työntekijöille. Sen sijaan, että asiakas tulisi toimintaterapeutin luo, toimintaterapeutti meneekin asiakkaan luo: hänen arkeensa ja ympäristöönsä. Kotikuntoutuksessa hyödynnetään paljon toimintaterapian osaamista, ja toimintaterapeuteilla olisi loistava mahdollisuus kehittää palvelua myös Suomessa. Kotonan asumisen mahdollistaminen ja asiakkaan itsenäisyyden sekä elämänlaadun tukeminen on arvokasta työtä, josta voisimme pitää suurempaa meteliä.

Lähteet

Burton, Elissa – Lewin, Gill – Boldy, Duncan 2013. Physical Activity Levels of Older Adults Receiving a Home Care Service. *Journal of Aging and Physical Activity*. 21. 140–154.

Eklöf, Elisabeth 2012. Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn. Opinnäytetyö. Arcada. Fysioterapian koulutusohjelma.

Eskola, Jari – Vastamäki, Jaana 2007. Teemahaastattelu: Opit ja Opetukset. Teoksessa: Aaltola, Juhani – Valli, Raine 2007 (toim). Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus. 25–43.

Francis, Jennifer – Fisher, Mike – Rutter, Deborah 2011. Reablement: a cost-effective route to better outcomes. Verkkodokumentti. <<http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/social-work-care-services/scie/131365briefing36.pdf>>. Luettu 20.10.2013.

Glendinning, Caroline – Newbrunner, Elizabeth 2008. The Effectiveness of Home Care Reablement – Developing the Evidence Base. *Journal of Integrated Care* 16 (4). 32–39.

Haarr, Kjersti Helene 2013. Etiske dilemmaer ved hverdagsrehabilitering. Verkkodokumentti. <http://www.ergoterapeuten.no/content/download/66813/250693/file/Etiske%20dilemmaer_hverdagsrehabilitering.pdf>. Luettu 13.10.2013.

Hallitusohjelma 2011. Verkkodokumentti. <<http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>> Luettu 13.5.2013.

Harra, Toini – Aralinn, Virpi – Heikkilä, Maija – Korkiatupa, Riitta – Löytönen, Kari - Onkalo-Okkonen, Riitta 2006. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 122 (5). 544–562.

Heimonen, Jonna – Heinäharju, Jenni 2012. Uusia tuulia kotihoidon toimintaterapiaan. *Terveyskeskuksen henkilöstölehti Terveiset* (3). 22-23.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi n.d. Helsingin sosiaali- ja terveystoimen Strategiasuunnitelma vuosille 2014 – 2016. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/static/public/hela/Sosiaali-_ja_terveyslautakunta/Suomi/Paatokset/2013/Sote_2013-06-04_Sotelk_9_Pk/985B52F2-B261-496F-AA7E-1579EF585F2D/Liite.pdf>. Luettu 5.9.2013.

Helsingin kaupunki 2010. Kaupunginjohtajan Vuoden saavutus -palkinto terveystoimen Liikemissopimus-hankkeelle. Verkkodokumentti. <<http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/uutiset/vuoden+saavutus+2010>>. Luettu 5.10.2013.

Hirsijärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Holopainen, Tuija-Päivi 2009. Kotikuntoutus – mikä hyväksi käytännöksi Espoossa? Opinnäytetyö. Laurea Ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma.

Hustoft, Merethe 2013. Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering. Rapportti. Stavangerin kunta.

Hverdagsrehabilitering 2013. Ergoterapeutforeningen. Verkkodokumentti. <<http://www.etf.dk/hverdag/>>. Luettu 20.10.2013.

Hverdagsrehabilitering - møter samfunnets utfordringer n.d. Norsk Ergoterapeutforbund. Verkkodokumentti. <http://www.ergoterapeutene.org/index.php/ergoterapeut_new/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering>. Luettu 4.10.2013.

Hverdagsrehabilitering på Madla n.d. Stavanger kommune. Verkkodokumentti. <<http://www.stavanger.kommune.no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Omsorg-trygd-og-sosiale-tjenester/Hverdagsrehabilitering-pa-Madla/>>. Luettu 5.10.2013.

ICF 2011. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Invalidiliitto n.d. Esteettömyys. Verkkodokumentti. <<http://www.invalidiliitto.fi/portal/fi/esteettomyys/>>. Luettu 30.9.2013.

Jones, Karen C. – Baxter, Kate – Curtis, Lesley A. – Arksey, Hilary – Forder, Julien E. – Glendinning, Caroline – Rabiee, Parvaneh 2009. Investigating the Longer Term Impact of Home Care Re-ablement Service. Interim Report. York: Social Policy Research Unit.

Kaukola, Jukka 2013. Esteetön ympäristö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/hallinto-politiikka/rakenteellinen-vaikuttaminen/esteeton-ymparisto/>>. Luettu 30.9.2013.

Kielhofner, Gary 2008. Model of Human Occupation. 4. painos. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

King, Anna I. I. – Parsons, Matthew – Robinson, Elizabeth – Jörgensen, Diane 2011. Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. Health and Social Care in the Community 20 (4). 365–374.

Kotikuntoutus Psykiatria, KSSHHP 2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=35908>>. Luettu 5.10.2013.

Kulppi – Pajunen 2009. Toiminnan voimaa: Doris Piercen terapeuttisen voiman mallin käyttö toiminnan suunnitteluprosessissa. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma.

Kürstein Kjellberg, Pia – Kjellberg, Jakob – Ibsen, Rikke – Thule Christensen, Louise 2012. Hverdagsrehabilitering i praksis. Verkkodokumentti. <<http://www.kora.dk/media/272130/dsi-3333.pdf>>. Luettu 7.5.2013

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen Terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyyhkylä n.d. Kotikuntoutus. Verkkodokumentti. <<http://www.kyyhkyla.fi/fi/kuntoutus-ja-hyvinvointi/kuntoutus/sotainvalidien-ja-veteraanien-kuntoutus/kotikuntoutus.html>>. Luettu 5.10.2013.

Laberg, Toril – Ness, Nils Erik 2012. Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommune. Verkkodokumentti. <http://www.ergoterapeuten.no/content/download/50627/188931/file/Laberg_Ness.pdf>. Luettu 20.10.2013.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012. Annettu Helsingissä 28.12.2012.

Law, Mary – Cooper, Barbara – Strong, Susan – Stewart, Debra – Rigby, Patricia – Letts, Lori 1996. The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy 63 (1). 9–23.

Lewin, Gill – Vandermeulen, Suzanne 2010. A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. Health and Social Care in the Community 18 (1). 91–99.

Letts, Lori – Rigby, Patty – Stewart, Debra 2003. Using Environments in Occupational Therapy: Challenges, Opportunities, and Future Directions. Teoksessa Letts, Lori – Rigby, Patty – Stewart, Debra (toim.): Using Environments to Enable Occupational Performance. Thorofare: SLACK Incorporated. 289–298.

Lindqvist, Elin 2012. Upplevelsen av rehabilitering i hemmiljö hos äldre personer i Mariehamn. Opinnäytetyö. Arcada. Fysioterapian koulutusohjelma.

Litteratur om hverdagsrehabilitering n.d. Norsk Ergoterapeutforbund. Verkkodokumentti. <<http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/vimener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering/Litteratur-om-hverdagsrehabilitering>>. Luettu 15.5.2013.

Littlechild, Rosemary – Bowl, Ric – Matka, Elizabeth 2010. An independence at home service: the potential and the pitfalls for occupational therapy services. British journal of Occupational Therapy 73 (6). 242–250.

Luoma, Minna-Liisa – Kattainen, Eija 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Heinola, Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Vaajakoski: Gummerus. 18 -21.

Lääkinnällinen kuntoutus 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mikkelsen, Åsa Bente n.d. Prosjekt innføring av Hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten. Verkkodokumentti. <<http://bodo.kommune.no/hverdagsrehabilitering/category3482.html>>. Luettu 5.10.2013.

Ness, Nils Erik – Laberg, Toril – Haneborg, Malene – Granbo, Randi – Færevaa, Lise – Butli, Hege 2012. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Norsk Ergoterapeutforbund. Verkkodokumentti. <<http://www.ergoterapeutene.org/content/download/59168/229791/file/Rapport%20Hverdagsrehabilitering%20031012.pdf>>. Luettu 4.10.2013

Penttilä, Risto E. J. - Rehn, Alf 2012. Suunnaton Suomi - Suomen suunnattomat mahdollisuudet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava Oy.

Pierce, Doris 2001. Occupation by Design: Dimensions, Therapeutic Power, and Creative Process. *The American Journal of Occupational Therapy* 55 (3). 249–259.

Pierce, Doris E. 2003. *Occupation by Design: Building Therapeutic Power*. USA, Philadelphia: F.A. Davis Company.

Polatajko, Helene J. – Backman, Catherine – Baptiste, Sue – Davis, Jane – Eftekhar, Parvin – Harvey, Andrew – Jarman, Jennifer – Krupa, Terry – Lin, Nancy – Pentland, Wendy – Laliberte Rudman, Debbie – Shaw, Lynn – Amoroso, Bice – Connor-Schisler, Anne 2007a. Specifying the domain of concern: Occupation as core. Teoksessa Townsend, Elizabeth A. – Polatajko, Helene J. (toim.): *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ontario: CAOT Publications ACE. 37–62.

Polatajko, Helene J. – Davis, Jane – Stewart, Deb – Cantin, Noémi – Amoroso, Bice – Purdie, Lisa – Zimmerman, Daniel 2007b. Specifying the domain of concern: Occupation as core. Teoksessa Townsend, Elizabeth A. – Polatajko, Helene J. (toim.): *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ontario: CAOT Publications ACE. 13–36.

Rabiee, Parvaneh – Glendinning, Caroline 2011. Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health and Social Care in the Community* 19 (5). 495–503.

Reilly, Mary 1962. Occupational Therapy Can Be One of the Great Ideas of 20th Century Medicine. *The American Journal of Occupational Therapy* 16 (1). 1–9.

Ringaert, Laurie 2003. Universal Design of the Built Environment to Enable Occupational Performance. Teoksessa Letts, Lori – Rigy, Patty – Stewart, Debra (toim.): *Using Environments to Enable Occupational Performance*. Thorofare: SLACK Incorporated. 97–115.

Ryburn, Bridget – Wells, Yvonne – Foreman, Peter 2009. Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community* 17 (3). 225–234.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja.

Simoila, Riitta 2013. Strategia valmistui – toimeenpano voi alkaa. Verkkodokumentti. <<http://www.hel.fi/hki/sote/fi/Uutiset/Strategia+valmistui+-+toimeenpano+voi+alkaa>>. Luettu 5.9.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Tiedote. Verkkodokumentti. <<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1833202>>. Luettu 31.1.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus>. Luettu 20.10.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf>. Luettu 20.10.2013.

Stark, Susan 2003. Home Modifications That Enable Occupational Performance. Teoksessa Letts, Lori – Rigby, Patty – Stewart, Debra (toim.): Using Environments to Enable Occupational Performance. Thorofare: SLACK Incorporated. 219–234.

Terveysportti n.d. Terveyskirjasto – Luotettavaa tietoa terveydestä. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01376&p_haku=interventio>. Luettu 22.10.2013.

Thorsén, Ann-Mari – Widés Holmqvist, Lotta – de Pedro-Cuesta, Jesús – von Koch, Lena 2005. A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome. *Stroke* 36 (2). 297–303.

Tinetti, Mary E. – Charpentier, Peter – Gottschalk, Margaret – Baker, Dorothy T. 2012. Effect of a Restorative Model of Posthospital Home Care on Hospital Readmissions. *Journal of American Geriatrics Society* 60 (8). 1521–1526.

Toimintaterapia ammattina 2010. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. Verkkodokumentti. <<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia/toimintaterapia-ammattina.html>>. Luettu 17.5.2013.

Trappes-Lomax, Tessa – Hawton, Annie 2012. The user voice: older people's experiences of reablement and rehabilitation. *Journal of Integrated Care* 20 (3). 181–194.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vanhuspalvelut – Säännöllinen kotihoito 2010. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Whittemore, Robin – Knalf, Kathleen 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52 (5). 546–553.

Wilde, Alison – Glendinning, Caroline 2012. "If they're helping me then how can I be independent?" The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health and Social Care in the Community* 20 (6). 583–590.

Zidén, Lena – Frändin, Kerstin – Kreuter, Margareta 2008. Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. *Clinical Rehabilitation* 22 (12). 1019–1033.

Systemaattinen tiedonhaku

Haku Pubmed-tietokannasta 18.6.2013

Hakusana	Osumia	Otsikon perusteella hyväksytyt	Abstraktin perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hyväksytyt
restorative "home care"	52	4	3	0
reablement	3	0	0	0
re-ablement	6	2	1	1

Haku OTDBase-tietokannasta 18.6.2013

Hakusana	Osumia	Otsikon perusteella hyväksytyt	Abstraktin perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hyväksytyt
reablement	1	1	1	1
re-ablement	0	0	0	0
restorative AND home AND care	0	0	0	0
active AND service AND model	3	0	0	0
re-enablement	0	0	0	0
personal AND enablement	0	0	0	0
occupational therapy AND "home care"	29	1	1	0
restorative home care	23	1	0	0

Haku EBSCO Academic Search Elite -tietokannasta 19.6.2013

Hakusana	Osumia	Otsikon perusteella hyväksytyt	Abstraktin perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hyväksytyt
reablement	15	1	0	0
re-ablement	17	2	0	0
restorative home care	15	1	0	0
active service model	11	0	0	0
re-enablement	2	0	0	0
personal enablement	1	0	0	0
"home care" AND rehabilitation AND occupational therapy AND team	5	0	0	0

Haku CINAHL-tietokannasta 18. ja 19.6.2013

Hakusana	Osumia	Otsikon perusteella hyväksytyt	Abstraktin perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hyväksytyt
rehabilitation AND occupational therapy AND home care	66	2	1	0
reablement	6	3	3	0
re-ablement	11	3	0	0
"home care" AND rehabilitation AND occupational therapy	19	3	2	1
active service model	1	0	0	0
restorative home care	13	5	5	3
restorative home support	1	1	1	1
re-enablement	0	0	0	0
personal enablement	1	0	0	0
homecare AND goal	12	1	1	0
home-care AND goal AND occupational therapy	0	0	0	0
home-care AND goal AND rehabilitation	7	0	0	0
restorative AND home AND care	38	0	0	0

Manuaalisella tiedonhaulla löydettiin kuusi artikkelia, joista lopulliseen aineistoon päättyi yksi kriteereihin sopiva artikkeli Norjan toimintaterapeuttiliiton kotisivujen kautta (Litteratur om hverdagsrehabilitering n.d.).

Tiedonhaussa löytyneet artikkelit

Kirjoittaja	Artikkelin nimi	Vuosi	Julkaisu
Burton Elissa, Lewin Gill, Boldy Duncan	Physical Activity Levels of older adults receiving a home care service	2013	Journal of Aging & Physical Activity
Burton Elissa, Lewin Gill, Boldy Duncan	Barriers and Motivators to Being Physically Active for Older Home Care Clients	2012	Physical & Occupational Therapy In Geriatrics
Champion Julie	Telecare to support reablement in delaying a need for long-term homecare	2010	Journal of assistive technologies
Ehrlich Phyllis L.	Caring for the Frail Elderly in the Home: A Multidisciplinary Approach	2006	Home Health Care Management & Practice
Enemark Larsen Anette, Carlsson Gunnilla	Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation	2012	Scandinavian Journal of Occupational Therapy
Gitlin Laura N., Winter Laraine, Dennis Marie P., Corcoran Mary, Schinzel Sandy, Hauck Walter W.	A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults	2006	Journal of the American Geriatrics Society
Glendinning Caroline, Newbrunner Elizabeth	The effectiveness of home care reablement - developing the evidence base	2008	Journal of Integrated Care
King Anna I. I. , Parsons Matthew , Robinson Elizabeth , Jørgensen Diane	Assessing the impact of restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial	2012	Health and Social care in the community
King Anna I. I., Parsons Matthew , Robinson Elizabeth	A restorative home care intervention in New Zealand: perceptions of paid caregivers	2012	Health and Social care in the community
Lewin Gill , De San Miguel Kristen, Knuiman Matthew , Alan Janine , Boldy Duncan , Hendrie Delia , Vandermeulen Suzanne	A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults	2013	Health and Social care in the community

Lewin Gill , Vandermeulen Suzanne	A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients	2010	Health and Social care in the community
Littlechild Rosemary, Bowl Ric , Matka Elizabeth	An independence at home service: the potential and the pitfalls for occupational therapy services	2010	British Journal of Occupational Therapy
Newton Clive	Personalising reablement: inserting the missing link	2012	Working with older people
Paravaneh Rabiee , Glendinning Caroline	Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference?	2011	Health and Social care in the community
Parsons John G. M. , Parsons Matthew J. G.	The effect of a designated tool on person-centered goal identification and service planning among older people receiving homecare in New Zealand.	2012	Health and Social care in the community
Parsons John G. M., Sheridan Nicolette, Rouse Paul, Robinson Elizabeth, Connolly Martin	A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people	2013	Physical Medicine and Rehabilitation
Parsons John, Rouse Paul, Robinson Elizabeth M., Sheridan Nicolette, Connolly Martin J.	Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference?	2012	Age and Ageing
Petch Alison	Reablement and the role of the occupational therapist	2008	Journal of Integrated Care
Ryburn Bridger, Wells Yvonne, Foreman Peter	Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults	2009	Health and Social care in the community
Tinetti Mary E., Charpentier Peter, Gottschalk Margaret, Baker Dorothy I.	Effect of a Restorative Model of Posthospital Home Care on Hospital Readmissions	2012	Journal of the American Geriatrics Society
Toto Pamela E.	Success through teamwork in the home health setting: the role of occupational therapy.	2006	Home Health Care Management & Practice

Trappes-Lomax Tessa, Hawton Annie	The user voice: older people's experiences of reablement and rehabilitation	2012	Journal of Integrated Care
Vik Kjersti , Lilja Margareta , Nygård Louise	Encountering staff in the home: three older adults' experience during six months of home-based rehabilitation	2009	Disability and Rehabilitation
Vik Kjersti , Lilja Margareta , Nygård Louise	The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway	2007	Scandinavian Journal of Occupational Therapy.
Wilde Alison , Glendinning Caroline	"If they're helping me then how can I be independent?" The perceptions and experiences of users of home-care reablement services	2012	Health and Social care in the community

Opinnäytetyön aineistoon valikoituneet artikkelit

Nro.	Kirjoittaja	Artikkelin nimi	Vuosi	Maa	Avainsanat	Kotikuntoutustermi	Julkaisu	Tiivistelmä
1.	Glendinning Caroline, Newbronner Elizabeth	The effectiveness of home care reablement - developing the evidence base	2008	Iso-Britannia	Reablement Home care	Home care reablement	Journal of Integrated Care	Artikkelissa käydään läpi kaksi englantilaista tutkimusta, joissa kartoitetaan kotikuntoutuksen vaikutuksia.
2.	King Anna I. I., Parsons Matthew , Robinson Elizabeth , Jørgensen Diane	Assessing the impact of restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial	2012	Uusi-Seelanti	home care older people randomised controlled trial restorative care	Restorative care, Restorative home care	Health and Social care in the community	Tutkimus kotikuntoutuksen vaikutuksista. Tutkimuksen otos oli 186 henkilöä, joista puolet interventioryhmässä ja puolet verrokkiryhmässä.
3.	Lewin Gill, Vandermeulen Suzanne	A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients	2010	Australia	ageing, home care, intervention research, service evaluation	Restorative programme	Health and Social care in the community	Satunnaistetussa vertailukokeessa tutkittiin tavallista kotihoitoa saaneiden ja paikallista The Home Independence Program (HIP) -palvelua saaneiden iäkkäiden kuntoutumista. Molemmissa ryhmissä oli 100 asiakasta. HIP-ryhmän tulokset olivat kaikilla osa-alueilla parempia kuin kontrolliryhmän.

4.	Littlechild Rosemary, Bowl Ric , Matka Elizabeth	An independence at home service: the potential and the pitfalls for occupational therapy services	2010	Iso- Britannia	Reablement, rehabilitation, occupational therapy services, older people, preventive services, independence	Reablement	British Journal of Occupational Therapy	Artikkelissa esitellään reablementin kolme eri tyyppiä ja tutkitaan paikallisen I@H (Independence at home) -palvelun vaikuttavuutta. Tutkimuksen tuloksina todettiin, että I@H-palvelu auttoi mon- taa asiakasta monella tavalla.
5.	Paravaneh Rabiee, Glendinning Caroline	Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference?	2011	Iso- Britannia	disabled people, older people, re-ablement, restorative, service effectiveness	Home-care re-ablement, Restorative services, Re-ablement	Health and Social care in the community	Laadullinen tutkimus, jossa kerättiin tietoa viidestä eri kotikuntoutuspalve- lusta. Tietoa kerättiin palveluiden esi- miehiltä puolistrukturoiduilla haastatte- luilla, havainnoimalla 26 kotikuntoutus- käyntiä asiakkaiden kotona sekä keskus- teluryhmässä etulinjan kotihoiton työ- tekijöiden kanssa (37 henkilöä). Tutki- muksen tuloksina todettiin muun muas- sa kotihoiton henkilöstön kouluttami- sen olevan kotikuntoutuksen onnistumi- sen kannalta erittäin tärkeää.
6.	Ryburn Bridger, Wells Yvonne, Foreman Peter	Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults	2009	Australia (Iso- Britannia, Yhdys- vallat)	frail older people, home care, multidiciplinary occupational therapy, physical therapy, restorative care	Restorative approach, Restorative home care program	Health and Social care in the community	Kirjallisuuskatsaus (Australia, Iso- Britannia, Yhdysvallat), jossa selvitettiin lisäävätkö kotikuntoutuksen toiminta- mallit asiakkaiden ja heidän hoitajiensa elämänlaatua, paraniko toimintakyky tai vähienkö kotipalveluiden tarve kotikun- toutuksen toimintamallien tuloksena ja saavutettiin kotikuntoutuksen toimin- tamalleilla kustannussäästöjä.

7.	Tinetti Mary E., Charpentier Peter, Gottschalk Margaret, Baker Dorothy I.	Effect of a Restorative Model of Posthospital Home Care on Hospital Readmissions	2012	Yhdys- vallat	readmissions, restorative care, home care	Restorative model, Restorative model of home care, Restorative care	Journal of the Ameri- can Geriatrics Society	Tutkimuksessa tutkittiin vähentääkö kotikuntoutus potilaiden joutumista uudelleen sairaalaan sieltä kotiutumisen jälkeen. Otantana 770 kotihoidon poti- lasta, joista puolet sai kotikuntoutusta ja puolet tavallista kotihoitoa. Tuloksena oli, että kotikuntoutusta saaneiden potilaiden todennäköisyys joutua uu- destaan sairaalaan oli kolmasosan pie- nempi kuin tavallista kotihoitoa saanei- den.
8.	Wilde Alison , Glendinning Caroline	"If they're helping me then how can I be independ- ent?" The perceptions and experiences of users of home-care re-ablement services	2012	Iso- Britannia	carers, indepence, old people, re-able- ment, unmet need	Home-care re-ablement, Re-ablement	Health and Social care in the community	Käyttäjien kokemuksia ja havaintoja kotikuntoutuspalveluista. Aineisto ke- rättiin puolistrukturoidulla haastattelul- la (34 käyttäjää ja 10 omaista).

ARTIKKELI 1:

Glendinning ja Newbronner (2008) esittivät artikkelissaan kaksi englantilaista tutkimusta, joilla selvitettiin kotikuntoutuksen vaikuttavuutta. Kirjoittajat kuvasivat kotikuntoutuksen lyhyenä interventiona, jolla pyritään maksimoimaan ihmisen itsenäisyyttä arjen taidoissa. Lisäksi kotikuntoutus käsitettiin lähestymistapana tai filosofiana, joka pyrkii vahvistamaan ja mahdollistamaan ihmisen itsenäistä toimimista.

Ensimmäisessä tutkimuksessa tutkittiin kotihoidon palvelujen määrän muutosta (kolme, kuusi, kaksitoista, kahdeksantoista ja kaksikymmentäneljä kuukautta) kotihoitoon lähteen saaneilla ihmisillä sen jälkeen kun käyttäjä oli osallistunut kotikuntoutuksen intervention. Tutkimus toteutettiin vuosina 2004–2005 neljällä alueella, joissa kotikuntoutus oli jo hyvin vakiintunut. Kolmella alueista 33–50 % kotikuntoutukseen osallistuneista ei tarvinnut kotihoidon palveluja ennen osallistumistaan intervention eikä myöskään kaksi vuotta intervention jälkeen. Neljännellä alueella 80 % kotikuntoutukseen osallistuneista ei tarvinnut kotipalvelua lainkaan ennen eikä jälkeen intervention. Kotihoidon palveluja kotikuntoutuksen intervention jälkeen käyttäneistä löydettiin kaksi erilaista käyttäjäryhmää. Ensimmäisessä ryhmässä kotihoidon palvelutarve väheni lyhyeksi ajaksi (noin kolme kuukautta). Toisen ryhmän kotihoidon palvelutarve oli pienempi kotikuntoutuksen päättymistä seuraavan vuoden aikana tai jopa pidempään. Kotihoidon tarve väheni myös iäkkäämmillä ryhmillä eli yli 85-vuotiailla. Tutkitun neljän alueen kotikuntoutuspalveluilla oli erilainen tausta, lähetekäytäntö ja organisaatio. Nämä seikat vaikuttavat tutkimuksen aineistoon ja tulosten yleistettävyyteen. (Glendinning – Newbronner 2008: 34–38.)

Toisessa tutkimuksessa haastateltiin neljän alueen kotikuntoutuksen johtoa ja kotihoitojohtoa seikoista, joilla on vaikutusta kotikuntoutukseen pidemmällä aikavälillä. Alueiden kotikuntoutuspalvelut olivat tässäkin tutkimuksessa erilaisia, mutta vastauksista löytyi selvät yhtenäiset näkökannat. Tuloksista ilmeni, että ensisijaisen tärkeää on henkilökunnan koulutus, erityisesti silloin, kun perinteinen kotihoito on siirtynyt toteuttamaan kotikuntoutusta. Tärkeänä pidettiin myös kotikuntoutuksen joustavuutta eli mahdollisuutta jatkaa ennalta määrättyä aikarajaa mikäli tavoitteiden saavuttaminen sitä edellytti. Kotikuntoutuksen onnistumiseen vaikutti merkittävästi käyttäjän ja henkilökunnan motivaatio. Molempien osapuolten oli tärkeää tietää, mistä oli kyse ja mitä osapuolilta odotettiin. (Glendinning – Newbronner 2008: 38–39.)

ARTIKKELI 2:

Aucklandin yliopisto Uudessa-Seelannissa toteutti vuosina 2005–2007 tutkimuksen, jonka tavoitteena oli arvioida kotikuntoutuksen vaikutuksia. Lähtökohtana tutkimukselle oli se, että kotikuntoutus oli Uudessa-Seelannissa vielä verrattain uusi konsepti. Ikään-tyneiden määrän kasvusta johtuva kotipalvelujen kysynnän kasvu vaati uusia keinoja kotipalveluiden parantamiseen. Kotikuntoutusta pidettiin yhtenä lähestymistapana palvelujen kehittämisessä, mutta tutkimusta sen vaikutuksista oli vähän. Lähestymistapaa kuvattiin samanlaiseksi kuin Iso-Britannian re-ablement-palvelua. (King – Parsons – Robinson – Jörgensen 2011: 365–366.)

Tutkimukseen osallistui 186 kotihoidon asiakasta, jotka kaikki olivat yli 65-vuotiaita ja asuivat kotonaan. Puolet osallistujista (93 henkilöä) sai kotikuntoutuspalveluja. Tässä tutkimuksessa kotikuntoutuksen prosessi sisälsi kotihoidon henkilökunnan koulutusta ja ohjausta. Interventiossa koordinaattorina toimi sairaanhoitaja, joka oli saanut lisäkoulutusta toimintakykyyn, kuntoutukseen ja tavoitteen asettamiseen liittyvissä asioissa. Koordinaattori toteutti alkuarvioinnin, asetti tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa ja loi suunnitelman. Tarvittaessa koordinaattori ohjasi asiakkaan jollekin muulle ammattilaiselle kuten toimintaterapeutille. Osallistujat haastateltiin strukturoidusti intervention alussa sekä neljän ja seitsemän kuukauden kuluttua aloituksesta. Verrokkiryhmä (93 henkilöä) vastaanotti perinteisiä kotihoidon palveluja kuten aikaisemminkin. (King ym. 2011: 366–367.)

Tutkimuksissa todettiin kotikuntoutuksen interventioon osallistuneiden terveyteen liittyvän elämänlaadun parantuneen käytössä olleilla mittareilla verrokkiryhmään verrattuna. Kotikuntoutuksen interventioon osallistuneista merkittävä määrä (29 %) pystyi vähentämään tarvitsemaansa kotipalvelun määrää tai lopettamaan palvelun kokonaan. Tämän tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä arvioitaessa on huomioitava, että osallistujat rekrytoitiin yhden kotipalveluja tuottavan palveluntarjoajan asiakkaiden piiristä. Samoin tutkimukseen osallistuminen edellytti tietyn tasoista itsenäisyyttä ja toimintakykyä, millä saattoi olla vaikutusta tuloksiin. Tutkimus osoitti, että kotikuntoutuksen interventio voi olla käyttökelpoinen lähestymistapa, kun nykyiseen kiistattomasti lisääntyvään kotihoidon tarpeeseen pyritään löytämään ratkaisuja. (King ym. 2011: 367–372.)

ARTIKKELI 3:

Lewinin ja Vandermeulenin (2010) australialaisessa Curtin teknillisen yliopiston ja kotihoitopalveluja tarjoavan Silver Chain -organisaation satunnaistetussa vertailututkimuksessa vertailtiin tavallista kotihoitoa saaneiden ja paikallista The Home Independence Program (HIP) -palvelua saaneiden iäkkäiden kuntoutumista. Molemmissa ryhmissä oli 100 asiakasta, joiden kotona vierailtiin kolme kertaa: palvelun alussa, kolmen kuukauden kuluttua ja vuoden kuluttua.

Silver Chain -organisaatio kehitti Australiassa oman kotikuntoutusohjelmansa, joka mukaili Iso-Britannian kotikuntoutusta. Tutkimus tehtiin Silver Chainin kotikuntoutuksen kokeiluvaiheessa, jolloin palvelu oli saatavilla vain tietyillä alueilla. Tutkimukseen otettiin yli 60-vuotiaita ihmisiä, joilla oli vaikeuksia yhdessä tai useammassa ADL-toiminnossa, mutta he eivät tarvinneet akuuttia hoitoa. Heillä ei ollut diagnosoitu dementiaa tai muita eteneviä neurologisia sairauksia, ja he pystyivät kommunikoimaan englanniksi. (Lewin – Vandermeulen 2010: 92–93.)

HIP kehitettiin varhaiseksi interventioksi, jolla pyrittiin estämään tai viivästyttämään toimintakyvyn heikkenemistä, edistämään terveellistä ikääntymistä ja kannustamaan itsehoitoon kroonisissa sairauksissa. HIP suunniteltiin ihmisille, jotka ohjataan ensimmäistä kertaa kotihoidon palveluihin tai kotihoidon asiakkaille, jotka tarvitsisivat lisää kotihoitoa. HIP keskittyi muun muassa ADL-toimintoihin osallistamiseen, liikkuvuuden parantamiseen ja tarvittaessa myös apuvälineisiin. HIP-jakso kesti 12 viikkoa tai kunnes asiakas pääsi tavoitteisiinsa. Joskus jakso kesti jopa yli 12 viikkoa, jos asiakas edistyi selvästi kohti tavoitteitaan. Keskimäärin jakso kesti 62 päivää. Tavallisen kotihoidon hoitosuunnitelma taas sisälsi yleensä kolme käyntiä viikossa, jolloin asiakasta avustettiin peseytymisessä ja joka toinen viikko siivoamisessa ja pyykin pesemisessä. (Lewin – Vandermeulen 2010: 93–94.)

Standardoiduilla mittareilla mitattiin muun muassa asiakkaiden suoriutumista ADL-toiminnoissa ja varmuutta päivittäisten toimintojen suorittamisessa ilman kaatumisia. HIP-ryhmän tulokset olivat kaikilla osa-alueilla parempia kuin kontrolliryhmän, joiden tulokset sekä hieman paranivat että heikkenivät kotihoitojakson aikana. Tulokset olivat samanlaiset myös vuoden kuluttua. Yli puolet HIP-ryhmäläisistä ei tarvinnut enää palveluita kotikuntoutusjakson jälkeen, kun taas tavallista kotihoitoa saaneiden palvelun tarve pysyi melkein samana. (Lewin – Vandermeulen 2010: 94–97.)

ARTIKKELI 4:

Birminghamin yliopiston tutkijoiden Littlechildin, Bowlin ja Matkan (2010) artikkelissa pyrittiin selvittämään, mitä kotikuntoutus tarkoittaa, onko se vaikuttavaa ja mitä se edellyttää. Artikkelissa keskityttiin etenkin tutkimaan paikallisen Independence at Home -palvelun (I@H) vaikuttavuutta. Artikkelissa myös koottiin yhteen kotikuntoutuksen käytön ja sen implementoinnin vaikeuksia sekä selvitettiin kuntoutuspalvelujen historiaa ja politiikkaa Iso-Britanniassa.

Kotikuntoutus voi artikkelin mukaan tarkoittaa kuntatasolla kolmea eri muotoa. Ensimmäinen muoto on palvelu, jossa toimintaterapeutti työskentelee tavoitteenaan parantaa asiakkaan fyysisistä toimintakykyä ja palauttaa hänen sosiaalisia roolejaan. Palvelu on tarkoitettu uusille kotihoidon asiakkaille, joille tavallisen avun lisäksi tarjotaan 4–6 viikon mittaista kuntoutusta. Toisessa lähestymistavassa toimintaterapeutit työskentelevät moniammatillisissa kunnallisissa kuntoutustiimeissä, joiden tavoitteena on ennaltaehkäistä ihmisten joutumista laitoksiin sekä helpottaa sieltä kotiutumista. Kolmannessa tavassa toimintaterapeutit työskentelevät kunnallisissa hoitopalveluissa ja tarjoavat vammaisille asiakkaille ja heidän omaishoitajilleen tietoa, neuvoja ja käytännön apua, jotta vammainen voisi toimia itsenäisemmin tai omaishoitaja voisi tukea vammaista paremmin. (Littlechild ym. 2010: 243–244.)

Artikkelin keskiössä oli paikallisen Independence at Home -palvelun (I@H) vaikuttavuuden tutkiminen. I@H-palvelu oli alun perin tarkoitettu yli 60-vuotiaille aikuisille, joiden palvelutaloon joutumista tai kotihoidon tarvetta haluttiin ehkäistä tai vähentää. Palvelun kohderyhmä kuitenkin laajeni, sillä toimintaterapeuteille osoitetut lähetteet eivät noudattelleet kohderyhmän rajausta. Interventioissa painotettiin itsenäistä suoriutumista, holistista arviointia ja palveluiden tarpeen vähentämistä. (Littlechild ym. 2010: 244.)

I@H-palvelun tutkimuksen otos oli 57 asiakasta. Asiakkaiden suoriutumista mitattiin COPM-arviointivälineellä intervention alussa ja lopussa. Yli puolet (65 %) asiakkaiden interventioista oli lyhyitä, kolme käyntiä tai vähemmän, ja vain viisi asiakasta sai yli kuusi käyntiä. Suurimpaan osaan interventioista liittyi apuvälineiden hankinta ja käyttöönotto. Lisäksi interventioissa harjoiteltiin arjen toimintoja, joiden tavoite oli lisätä asiakkaan itsenäisyyttä. (Littlechild ym. 2010: 244–245.)

Tutkimuksen tuloksina todettiin, että I@H-palvelu auttoi montaa asiakasta monella tavalla. Palvelun kolme tärkeintä asiaa, joiden todettiin tukevan asiakkaan itsenäisyyttä, ovat nopea vastaus läheteeseen, omaishoitajien kanssa työskentely ja interventioon käytettyjen käyntien tarpeeksi suuri määrä. Tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että I@H-palvelu kärsi liian nopeasta implementoinnista, selkeiden suuntaviivojen ja ohjesääntöjen puutteesta ja liian laajasta asiakasrajauksesta. Kuntouttaville malleille on kuitenkin olemassa selkeä tarve ja ihmisten itsenäiseen suoriutumiseen on panostettava ennen kuin heidän toimintakykynsä heikkenee liikaa, jolloin joudutaan turvautumaan kalliisiin hoitoihin tai laitospaikkoihin. (Littlechild ym. 2010: 246–249.)

ARTIKKELI 5:

Australialaisen La Trobe yliopiston terveystieteiden tiedekunnan tutkimuksessa Ryburn, Wells ja Foreman (2009) selvittivät vanhuksille suunnattujen kotikuntoutuksen lähestymistapojen tehokkuutta ja vaikuttavuutta Australiassa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa. Tutkijat määrittelivät kotikuntoutuksen perinteisen kotihoidon palveluja pidemmälle menevämmäksi toiminnaksi, joka tähtää asiakkaan suurempaan itsenäisyyteen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemiseen.

Tutkimusmenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus terveyden ja gerontologian tietokantoja (AgeLine, MEDLINE, CINAHL ja PsychINFO) hyödyntäen. Aineistoksi hyväksyttiin vertaisarvioidut artikkelit ja alkuperäiset tutkimukset vuodesta 1996 lähtien sekä raportit, jotka kuvailivat kotikuntoutuksen toimintamalleja. Relevantit artikkelit valittiin aineistoksi, mikäli ne pitivät sisällään yhden tai useamman neljästä etukäteen määritellystä intervention kriteeristä, joita olivat toimintaterapia, fysioterapia, sosiaalinen kuntoutus tai terveystieteiden kasvatus. Lisäksi tarkasteltiin myös moniammatillisesti toteutettuja interventioita. (Ryburn ym. 2009: 226–227.)

Tutkimustulosten yhteenvetona Ryburn, Wells ja Foreman (2009) totesivat, että on olemassa laajalti todisteita siitä, että kotikuntoutuksen toimintamalleilla oli merkittäviä etuja verrattuna perinteiseen ylläpitävään hoitoon keskittyvään kotihoitoon. Useissa tapauksissa näillä kotikuntoutuksen toimintamalleilla oli tehokkaasti ja kustannuksia säästääen pystytty vähentämään palveluntarvetta. Kotikuntoutuksen toimintamallit olivat lisänneet kotihoidossa asiakkaiden itsenäisyyden ja voimaantumisen painottamista. Kotikuntoutuksen vaikutuksista oli myös epävarmuutta, sillä tutkimusten määrä oli vähäinen ja otosmäärät olivat pieniä. Pitkäaikaistutkimusten määrä oli vielä hyvin rajallinen. Edelleen tarvittiin lisää tutkimusta selittämään sitä, mitkä elementit erilaisissa kotikuntoutuksen toimintamalleissa tuovat parhaita tuloksia, mitkä asiakasryhmät hyötyvät eniten sekä mikä on tehokkain intervention ajoitus ja pituus. Kotihoidon kehittäminen kuntouttavampaan toimintatapaan vaatii merkittävää henkilökunnan uudelleenkoulutusta ja -järjestäytymistä. Tutkijat pohtivatkin, olisiko tarkoituksenmukaisempaa perustaa uusi, erillinen intensiivisen toimintamallin yksikkö kuin lähteä muokkaamaan jo vakiintunutta kotihoitomallia. (Ryburn ym. 2009: 229–232.)

ARTIKKELI 6:

Yorkin yliopiston tutkijoiden Rabieen ja Glendinningin (2011) laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä kotikuntoutuspalvelu sisältää ja mitkä tekijät organisaatiossa lisäävät tai vähentävät palvelun tehokkuutta. Tutkimustietoa kerättiin viidestä paikallisesta kotikuntoutuspalvelusta. Tietoa kerättiin palveluiden esimiehiltä puolistrukturoiduilla haastatteluilla, havainnoimalla 26 kotikuntoutuskäyntiä asiakkaiden kotona sekä keskusteluryhmissä kotihoiton 37 työntekijän kanssa. Havainnoinnilla pyrittiin selvittämään kotikuntoutuksen prosessia ja käytäntöä. Havainnoiteja tehtiin eri vaiheissa kuntoutusprosessia. Keskusteluryhmät taas järjestettiin kaikissa viidessä kotikuntoutuspalvelussa, ja niihin ottivat osaa kotikuntoutuksen työntekijöiden lisäksi kolme toimintaterapeuttia. Kaikki viisi kotikuntoutuspalvelua olivat kehittyneet valikoivista pilotti-projekteista palveluiksi, joihin hyväksyttiin asiakkaat melkein kaikenlaisilla kotihoitoon ohjatuilla läheteillä. Kaikki viisi palvelua olivat tutkimuksen aikaan jo hyvin vakiintuneita. Kolmesta lähteestä kerätylle tiedolle tehtiin tiedonkeruun jälkeen sisällönanalyysi. (Rabiee – Glendinning 2011: 495–498.)

Laadullisen tutkimuksen tulosten mukaan kotikuntoutuksen tehokkuuteen vaikuttivat asiakkaan ominaisuudet ja odotukset, henkilökunnan sitoutuneisuus, asenne ja taidot, interventioiden joustavuus ja nopeus, perusteellinen ja yhdenmukainen kirjaaminen järjestelmään sekä kuntoutustiimin erikoisosaaminen. Myös ulkoisten tekijöiden, kuten kotikuntoutuksen yleisen vision laajan tuntemuksen ja pääsyn eri ammattialojen erikoisosaamiseen, nähtiin vaikuttavan kotikuntoutukseen. Kotikuntoutus on uusi lähestymistapa, jossa ei tehdä asioita asiakkaan puolesta vaan autetaan heitä tekemään ne itse. Siksi onkin keskeistä, miten työntekijät omaksuvat lähestymistavan, ja se voi olla välillä haastavaa. Lähestymistavan omaksumista tuettiin koulutuksella, tiimikokouksilla, seurannalla ja vertaistuellalla. (Rabiee – Glendinning 2011: 498–501.)

Tutkimuksen tulosten mukaan kotikuntoutus voi olla voimaannuttavaa ja itseluottamusta nostavaa kaikille asiakkaille, mutta laajat kriteerit kotikuntoutukseen pääseville asiakkaille johtavat siihen, etteivät tulokset ole yhtä tehokkaita niiden asiakkaiden kohdalla, jotka eivät todennäköisesti voi olla itsenäisiä. Kotikuntoutus ei ollut yhtä tehokasta esimerkiksi dementoituneilla ja mielenterveysongelmista kärsivillä asiakkailla. Tehokkaimmillaan kotikuntoutus oli etenkin murtumista ja kaatumisista toipuvilla asiakkailla. (Rabiee – Glendinning 2011: 498–501.)

ARTIKKELI 7:

Yalen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ja Yale-New Havenin sairaalan yhteisessä tutkimuksessa Tinetti, Charpentier, Gottschalk ja Baker (2012) tutkivat vähentääkö kotikuntoutus potilaiden joutumista uudelleen sairaalaan sieltä kotiutumisen jälkeen. Noin 20 % potilaista joutuu uudelleen sairaalaan 30 päivän sisällä kotiutumisesta. Sairaalaan joutuneista iäkkäistä 25–50 %:n toimintakyky heikkenee sairaalajakson aikana ja vain kolmanneksen toimintakyky palautuu sairaalaan joutumista edeltävälle tasolle kolmen kuukauden aikana. (Tinetti – Charpentier – Gottschalk – Baker 2012: 1521.)

Tutkimuksen otanta oli 770 sairaalasta kotiutunutta Connecticutin kotihoidon potilasta, jotka jaettiin kahteen ryhmään: puolet ryhmästä sai tavallista kotihoitoa ja puolet kotikuntoutusta. Potilaat olivat yli 65-vuotiaita, eikä tutkimukseen otettu mukaan asiakkaita, joilla oli vakavaa kognitiivista vaikeutta. (Tinetti ym. 2012: 1522.)

Kotikuntoutus erosi perinteisestä kotihoidosta muun muassa seuraavin tavoin: kotikuntoutuksessa oli yksilölliset toiminnalliset tavoitteet, jotka henkilökunta loi yhdessä potilaan kanssa ja joiden pohjalta interventio muodostui. Kotikuntoutuksessa aiemmin yksilöinä toimineet kotihoidon työntekijät muodostivat tiimin, jolla oli yhteiset tavoitteet. Kotikuntoutuksen fokuksena oli maksimoida asiakkaiden itsestä huolehtimisen taitoja, kun perinteinen kotihoito keskittyi hoitamaan sairauksia ja pitämään huolta potilaista. Kotikuntoutuksessa tehtiin potilaiden arviointi ja seurattiin potilaan itsenäistä suoriutumista kohti tavoitteita. Itse hoitosuunnitelma sisälsi muun muassa erilaista harjoittelua, ympäristön muokkaamista, apuvälineitä sekä perheen ja omaishoitajien neuvontaa. Potilaille tehtiin itsehoidon edistymisen raportti, joka rakentui ADL-toiminnoista. Raportti auttoi muun muassa selventämään tavoitteita, selventämään hoitovastuuta ja auttoi prosessin seurannassa. Itsehoidon edistymisen raportti aloitettiin kotikuntoutusintervention alussa ja jätettiin potilaan kotiin, jolloin se toimi viestintävälineenä potilaan, kotihoidon henkilökunnan ja muiden hoitajien välillä. Perinteisessä kotihoidossa sairaanhoitajat ja terapeutit tekivät hoitosuunnitelmat itsenäisesti, ja kotihoitajat joko suorittivat ADL-toiminnot potilaan puolesta tai auttoivat potilasta suoriutumaan niistä. (Tinetti ym. 2012: 1522–1523.)

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kotikuntoutusta saaneiden potilaiden todennäköisyys joutua uudestaan sairaalaan oli kolmasosan pienempi kuin tavallista kotihoitoa saaneiden. Kotikuntoutusta saaneiden potilaiden kotihoitojakso oli myös lyhyempi kuin

tavallista kotihoitoa saaneiden. Kotikuntoutus liittyy myös parempaan toimintakyvyn palautumiseen ja harvempiin päivystyskäynteihin. Kotikuntoutus ei kuitenkaan sovellu kaikille kotihoidon asiakkaille, vaan niille, joilla on kuntoutuspotentiaalia, eikä pahoja kognitiivisia vaikeuksia. Kotikuntoutus todettiin tutkimuksessa myös kustannustehokkaaksi. Kotikuntoutus on tehokas tapa hyödyntää olemassa olevia resursseja. (Tinetti ym. 2012: 1523–1525.)

Artikkeli 8:

Iso-Britanniassa, Yorkin yliopistossa, vuonna 2010 tehdyssä tutkimuksessa Wilde ja Glendinning (2012: 583) tutkivat palvelujen käyttäjien kokemuksia ja havaintoja kotikuntoutuksesta. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla ja haastateltavina oli yhteensä 44 henkilöä, joista 34 oli palvelun käyttäjiä ja 10 heidän hoitoonsa osallistuvia läheisiä. Haastateltavat kerättiin viiden vakiintuneen kotikuntoutuspalvelun asiakkaista. Haastattelulla saatu aineisto litteroitiin ja analysoitiin teemoittain tekstiä tiivistäen, pelkistäen ja yhdistäen. Vaikka otos oli pieni, haastatteluissa löydettiin yhteneväisyyksiä.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että haastatellut kokivat hyötynensä palvelusta. Haastatellut ja heidän omaisensa arvostivat toteutuneita interventioita. Positiivisten kokemusten saamista edesauttoi se, että palvelun käyttäjä ymmärsi sen sisällön, työskentelytavat ja tavoitteet. Näin välttyttiin epärealistisilta ja virheellisiltä odotuksilta. (Wilde – Glendinning 2012: 583.)

Tutkimuksessa tuli kuitenkin esille tiettyjä rajoitteita kotikuntoutuspalveluissa. Eteneviä sairauksia sairastavat sekä juuri vammautuneet tai sairastuneet eivät välttämättä hyötynet kotikuntoutuspalvelun työtavoista. Liian paketoitu, standardinomainen palvelu ei myöskään vastannut käyttäjien tarpeisiin, sillä ihmisten käsitykset itsenäisestä toiminnasta ja tarpeistaan vaihtelivat merkittävästi. Palvelu ei myöskään riittävästi huomionnut sosiaalista tarvetta, kuten kodin ulkopuolella tapahtuviin toimintoihin osallistumista, vaan painottui päivittäisiin toimintoihin kotona. Kokonaisvaltainen lähestymistapa, omaisten sekä yksilöllisten ja kulttuuristen tarpeiden parempi huomioiminen olivat tämän tutkimuksen mukaan seikkoja, joihin pitäisi keskittyä kotikuntoutuspalveluiden kehittämisessä. Näiden seikkojen paremman huomioimisen katsottiin lisäävän tyytyväisyyttä palveluun ja lisäämään sen tehokkuutta. (Wilde – Glendinning 2012: 588–589.)

Dear XXX,

The basis of our thesis is to find answers to...

- what are the combining elements of reablement models (for example hemrehabilitering, hverdagsrehabilitering) of different countries?
- what is the role of occupational therapist in the reablement process?

There is some information we'd like to receive before the interview. Could you please answer to following eight questions by 19 August by return email to

████████████████████.

1. What is your project called or does it have a name?
2. How long has the project been going on? Is it a pilot project or a permanent way of working?
3. Is the time of the intervention defined beforehand?
4. What other professions apart from occupational therapy are working in the project?
5. Are you part of the home care organization or an independent organization?
6. How do you choose clients for the project? What is the criteria?
7. How many employees are working in the project? How many new clients approximately are chosen every month?
8. How do you finance the project?

The interview will take approximately an hour. The interview themes are based on Doris Pierce's model called "Occupation by Design: Building Therapeutic Power". The interview is mainly focused on the role of the occupational therapist in the reablement project / intervention. We hope to find answers to following questions and themes in the interview:

.

- What do you think is the most essential in the reablement intervention?
- How would you define the role of occupational therapist in the project?
- Job description of occupational therapist
- Process description and follow up
- Goal setting

- Different types of interventions, intervention tools (for client, caregivers, family etc.)
- Assessment tools
- Best practices
- Timing of the intervention / rehabilitation
- DOs and DON'Ts, experiences

The interview is done via Skype. If you haven't used Skype before, please install it on your computer <http://www.skype.com/en/download-skype/skype-for-computer/> You'll also need speakers to hear us and a microphone, which is usually integrated in all laptops. Most webcams have an integrated microphone too. Skype will search for a microphone automatically when installed. If you need to buy a microphone, a headset or a webcam with a microphone for our interview, we will of course pay the expenses. If you feel like testing the connection before the interview, let us know and we'll schedule a test call.

You need to create a Skype account when installing the program. Please let us know your Skype name, so we can call you at the time of the interview. Our name on Skype is [REDACTED]. At the time of the interview just open Skype, log in and wait. Once we call a window will pop up on your screen and you just need to answer the call. Remember to check that the microphone and internet are connected and your speakers are turned on.

Interview will be recorded but the recordings will be deleted after the thesis is complete. Participants will be completely anonymous in the thesis.

If you have any questions, please don't hesitate to contact us.

Thank you very much for your cooperation.

Kind regards

Elise Einset & Pinja Krook

Degree Programme in Occupational Therapy

Helsinki Metropolia University of Applied Sciences

Telephone [REDACTED]